

Niniejszy dokument prezentuje najważniejsze informacje o produkcie. Pełne informacje o produkcie podawane są przed zawarciem umowy ubezpieczenia i znajdują się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia osobowego i utraty stałego źródła dochodów o symbolu C8281 (zwanymi dalej OWU). Powyższe OWU obowiązują od dnia 2 września 2024 r.

## Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Ubezpieczenie osobowe i utraty stałego źródła dochodów jest produktem przeznaczonym dla klientów, którzy chcą ubezpieczyć swoje zdrowie i życie oraz ryzyko utraty stałego źródła dochodów. Klient zyskuje ochronę w zakresie: śmierci w wyniku wypadku, śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego, trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku, pobytu w szpitalu w wyniku wypadku, pobytu w szpitalu w wyniku choroby, poważnego zachorowania, niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji, utraty stałego źródła dochodów.



### Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ zdrowie ubezpieczonego
- ✓ życie ubezpieczonego
- ✓ utrata stałego źródła dochodów ubezpieczonego

Szczegółowy opis przedmiotu i zakresu ubezpieczenia zawarty jest w § 12, § 16, § 20, § 23, § 27, § 31, § 36, § 42 OWU.



### Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ osób poniżej 18. roku życia
- ✗ osób powyżej 80. roku życia
- ✗ osób nieposiadających zdolności prawnej



### Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

- ! szkody spowodowane zatruciem alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi
- ! szkody powstałe wskutek popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa
- ! szkody spowodowane uprawianiem niebezpiecznych sportów
- ! szkody, które wystąpiły w związku z rozpoznaniem u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń nerwicowych

Dokładny zakres ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej znajduje się w § 7, § 14, § 18, § 22, § 26, § 30, § 34, § 39, § 45 OWU.



### Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

Ubezpieczenie: śmierci w wyniku wypadku, śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego, trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku, poważnego zachorowania, niezdolności do pracy, niezdolności do samodzielnej egzystencji obowiązuje na terytorium całego świata.

Ubezpieczenie: pobytu w szpitalu w wyniku wypadku oraz pobytu w szpitalu w wyniku choroby obejmuje placówki na terytorium Polski oraz na terytorium krajów Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej.

Ubezpieczenie utraty stałego źródła dochodów: obejmuje terytorium Polski, chyba że tymczasowa nieobecność na terytorium Polski jest związana z:

- ✓ pracą lub służbą w Siłach Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej
- ✓ pracą w placówce dyplomatycznej Rzeczypospolitej Polskiej
- ✓ oddelegowaniem do pracy za granicą Rzeczypospolitej Polskiej



## Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- zapoznanie się z OWU
- poinformowanie Warty o zmianie danych osobowych oraz adresowych
- podanie aktualnych danych, niezbędnych do zawarcia umowy ubezpieczenia, zgodnie ze stanem faktycznym i według najlepszej wiedzy, na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia
- opłacenie składki za cały okres ubezpieczenia lub zgodnie z harmonogramem określonym w polisie
- zawiadomienie Warty o wszelkich zmianach okoliczności podanych podczas zawierania umowy ubezpieczenia
- opłacenie składki ubezpieczeniowej
- niezwłoczne zgłoszenie zdarzenia do Warty za pośrednictwem COKW w terminie 7 dni od dnia zdarzenia ubezpieczeniowego lub po ustaniu przyczyn uniemożliwiających wcześniejsze zgłoszenie zdarzenia,
- dostarczenie dokumentów wskazanych przez ubezpieczyciela, niezbędnych do ustalenia okoliczności i skutków zdarzenia.
- w razie wypadku (dotyczy trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku, pobytu w szpitalu w wyniku wypadku, niezdolności do pracy w wyniku wypadku, niezdolności do samodzielnej egzystencji w wyniku wypadku) należy:
  - starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu
  - umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską
  - poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej

Szczegółowe informacje na temat obowiązków klienta podane są w § 8 OWU



## Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka ubezpieczeniowa jest płatna jednorazowo lub w ratach.

Składkę lub jej pierwszą ratę należy zapłacić w dniu doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia, z wyjątkiem przypadku odroczenia terminu płatności składki lub jej pierwszej raty w związku z finansowaniem składki ze środków pochodzących z umowy kredytu, o których mowa w § 5 ust. 5 OWU. Składkę lub jej pierwszą ratę, której termin został odroczone, należy zapłacić w terminie określonym w dokumencie ubezpieczenia, nie dłużej jednak niż w terminie 30 dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia.

Termin płatności kolejnych rat składki (drugiej i kolejnych) określony jest w dokumencie ubezpieczenia.

W przypadku płatności raty składki przelewem bankowym/przekazem pocztowym jako termin zapłacenia raty składki przyjmuje się datę dokonania wpłaty przez ubezpieczającego, tj. datę potwierdzenia przez bank polecenia przelewu bądź datę stempla pocztowego na dowodzie wpłaty.



## Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

O ile nie umówiono się inaczej, okres odpowiedzialności Warty rozpoczyna się z dniem wskazanym w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem:

- ubezpieczenia poważnego zachorowania

O ile nie umówiono się inaczej, okres odpowiedzialności Warty rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu odpowiedzialności Warty z zastrzeżeniem § 25 ust 3 OWU.

O ile nie umówiono się inaczej, okres odpowiedzialności Warty z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ciężkiego oparzenia, utraty kończyn powstałych w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu odpowiedzialności Warty.

- ubezpieczenia pobytu w szpitalu w wyniku choroby

O ile nie umówiono się inaczej, okres odpowiedzialności Warty z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu odpowiedzialności Warty z zastrzeżeniem § 29 ust 3 OWU.

O ile nie umówiono się inaczej, okres odpowiedzialności Warty z tytułu pobytu w szpitalu na OIOM-ie w wyniku choroby rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu odpowiedzialności Warty.

– ubezpieczenia niezdolności do pracy

O ile nie umówiono się inaczej, okres odpowiedzialności Warty z tytułu powstania niezdolności do pracy, której przyczyną jest:

- wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia
- choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia

– ubezpieczenia niezdolności do samodzielnej egzystencji

O ile nie umówiono się inaczej, okres odpowiedzialności Warty z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji, której przyczyną jest:

- wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia
- choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia

Okres odpowiedzialności Warty wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia.

Odpowiedzialność Warty kończy się:

- z upływem okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela
- z dniem śmierci ubezpieczonego
- z dniem, w którym ubezpieczony ukończył:
  - 65 lat dla ubezpieczenia utraty stałego źródła dochodów
  - 80 lat dla ubezpieczeń osobowych
- z dniem, w którym ubezpieczony zaczął pobierać świadczenie rentowe lub emerytalne – dotyczy ubezpieczenia utraty stałego źródła dochodów
- w dniu wyczerpania sumy ubezpieczenia
- z dniem wskazanym w wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia w przypadku określonym w § 5 ust. 10 OWU
- z upływem 7 dni od dnia, w którym ubezpieczający otrzyma wezwanie do zapłaty kolejnej raty składki ubezpieczeniowej wystane po upływie terminu jej płatności, o którym mowa w § 6 ust. 6 OWU, jeśli w tym wezwaniu ubezpieczający został poinformowany, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego wezwania spowoduje wygaśnięcie ochrony ubezpieczeniowej
- z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia
- z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia

Szczegółowe informacje na temat okresu ubezpieczenia i trwania odpowiedzialności znajdują się w § 4, § 25, § 29, § 33, § 38 OWU.



## Jak rozwiązać umowę?

Od umowy ubezpieczenia można odstąpić po uprzednim powiadomieniu Warty w terminie:

- 30 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia – osoby fizyczne
- 7 dni od zawarcia umowy ubezpieczenia – przedsiębiorcy
- 30 dni od dnia poinformowania o zawarciu umowy lub od dnia doręczenia potwierdzenia zawarcia umowy, jeśli jest to termin późniejszy – w przypadku umów zawieranych przez konsumentów za pośrednictwem środków porozumiewania się na odległość (np. internet, telefon)

Możliwość wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w dowolnym czasie w trakcie jej trwania.

Szczegółowe informacje na temat rozwiązania umowy znajdują się w § 5 OWU.

**OGÓLNE WARUNKI UBEZPIECZENIA  
OSOBOWEGO I UTRATY STAŁEGO ŹRÓDŁA DOCHODÓW**

Informacja o postanowieniach szczególnych warunków ubezpieczenia, o których mowa w art.17  
ustawy z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej  
(Dz.U. 2015, poz. 1844)

<b>RODZAJ INFORMACJI</b>	<b>NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ W OWU</b>
Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 12–13,
	§ 16–17
	§ 20–21
	§ 23–24
	§ 27–28
	§ 31–32
	§ 36–37
	§ 42
	§ 44
	Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawnijające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia
§ 8 ust. 2–3	
§ 14	
§ 17 ust. 7	
§ 18	
§ 19 ust. 2	
§ 22	
§ 25 ust. 2–3	
§ 26	
§ 29 ust. 2–3	
§ 30	
§ 33 ust. 2	
§ 34	
§ 35 ust. 2 i 6	
§ 38 ust. 2	
§ 39	
§ 40 ust. 2–3	
§ 44 ust. 4	
§ 45	

## SEKCJA I POSTANOWIENIA WSPÓLNE

### Postanowienia wstępne

#### § 1

- Na podstawie niniejszych Ogólnych Warunków Ubezpieczenia osobowego i utraty stałego źródła dochodów (zwanych dalej: OWU) Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. z siedzibą w Warszawie (zwane dalej: WARTA lub ubezpieczyciel) zawiera umowę ubezpieczenia w zakresie następujących ubezpieczeń, z zastrzeżeniem ust. 2:
  - śmierci w wyniku wypadku lub śmierci w wyniku wypadku komunikacyjnego;
  - trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku;
  - pobytu w szpitalu w wyniku wypadku;
  - pobytu w szpitalu w wyniku choroby;
  - poważnego zachorowania;
  - niezdolności do pracy;
  - niezdolności do samodzielnej egzystencji;
  - utraty stałego źródła dochodów.
- Ubezpieczenia o których mowa w ust. 1 obowiązujące dla ubezpieczonego wskazane są w dokumencie ubezpieczenia.
- Umowa ubezpieczenia zawierana jest przez ubezpieczającego, który może ją zawrzeć na cudzy rachunek.
- Postanowienia obowiązujące dla ubezpieczeń określonych w ust. 1, znajdują się w Sekcji I „Postanowienia Wspólne” oraz w Sekcji II „Postanowienia Szczegółowe Dla Poszczególnych Ubezpieczeń”.

### Definicje

#### § 2

Pojęcia użyte w niniejszych OWU mają następujące znaczenie:

- całkowita niezdolność do pracy** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego spowodowane chorobą lub wypadkiem powodujące, że ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiegokolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; wystąpienie zdarzenia musi być, potwierdzone orzeczeniem o całkowitej niezdolności do pracy wydanym nie wcześniej, niż po 6 miesiącach nieprzerwanego trwania czasowej niezdolności do pracy, przez podmiot uprawniony lub komisję lekarską;
- centrum obsługi klienta WARTY (COKW)** – jednostka organizacyjna WARTY, z którą ubezpieczony lub uprawniony kontaktuje się w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
- chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej, przy otwartej klatce piersiowej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego; operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty – kardiologa; zakres ubezpieczenia nie obejmuje angioplastyki, ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe;
- choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowości, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej albo wobec których postępowanie diagnostyczno-lecznicze, prowadzące do ich rozpoznania, zostało rozpoczęte w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej;
- ciężkie oparzenie** – oparzenie III stopnia powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela czynnikami fizycznymi lub chemicznymi wymagające hospitalizacji i obejmujące co najmniej 20% powierzchni ciała;
- czasowa niezdolność do pracy** – okres niezdolności do pracy, potwierdzony w zaświadczeniu lekarskim z tytułu którego w powszechnie obowiązujących przepisach prawa pracy przewidziane są świadczenia polegające na wypłacie odpowiedniej części wynagrodzenia pracownika lub zasiłku chorobowego z organu rentowego, lub orzeczenie o czasowej niezdolności do pracy bez prawa do zasiłku chorobowego wydane na wniosek ubezpieczonego;
- częściowa niezdolność do pracy** – powstała w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela ograniczenie zdolności do wykonywania pracy przez ubezpieczonego spowodowane chorobą lub wypadkiem powodujące, że ubezpieczony całkowicie utracił zdolność do wykonywania pracy zgodnej z posiadanymi kwalifikacjami, umiejętnościami lub doświadczeniem zawodowym zdobytym w ramach ostatnio wykonywanej pracy, nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy; wystąpienie zdarzenia musi być potwierdzone orzeczeniem o częściowej niezdolności do pracy, wydanym nie wcześniej niż po 6 miesiącach nieprzerwanego trwania czasowej niezdolności do pracy, przez podmiot uprawniony lub komisję lekarską;
- czynności życia codziennego**:
  - kąpiel: samodzielnie (bez pomocy innych osób) umyć się w wannie lub pod prysnkiem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umyć się w inny sposób;
  - ubieranie: samodzielnie (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania,
  - jedzenie: samodzielnie (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku,
  - toaleta: samodzielnie (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie,
  - poruszanie się: samodzielnie (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni;
- dokument ubezpieczenia** – polisa, wniośko-polisa, inny dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia;
- dzień pobytu w szpitalu w wyniku choroby** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu w wyniku choroby, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala;
- dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku** – dzień kalendarzowy, w którym ubezpieczony przebywał w szpitalu w wyniku wypadku, w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej, przy czym za pierwszy dzień pobytu w szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze szpitala;
- katalog poważnych zachorowań** – katalog, obejmujący swoim zakresem następujące poważne zachorowania: chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass), niewydolność nerek, nowotwór (guz) złośliwy, udar mózgu, przeszczepienie narządów, stwardnienie rozsiane z utraty wolumenu ubytkiem neurologicznym, utrata wzroku, utrata kończyn, ciężkie oparzenie;
- komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
- OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej – wydziałowy oddział szpitalny, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia, objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzone w specjalistyczny sprzęt umożliwiający ciągłe monitorowanie czynności życiowych chorych, pozwalające uchwycić lub przewidzieć moment zagrożenia życia (za OIOM uważa się również OIOK – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, OIT – oddział intensywnej terapii oraz OION – oddział intensywnej opieki neurologicznej);
- okres niezdolności do pracy** – okres ten liczony jest w miesiącach, na podstawie orzeczenia w sprawie niezdolności do pracy, przy czym pierwszy miesiąc okresu niezdolności do pracy ubezpieczonego, za który należne jest świadczenie, to miesiąc rozpoczynający się w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, wskazany w prawomocnym orzeczeniu w sprawie niezdolności do pracy, kolejne miesiące okresu niezdolności do pracy to miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego, jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego; ostatni miesiąc okresu niezdolności do pracy ubezpieczonego, za który należne jest ostatnie świadczenie miesięczne to miesiąc, w którym co najmniej 1 dzień orzeczonej niezdolności do pracy wypada w okresie odpowiedzialności;
- niewydolność nerek** – 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; wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (z podaniem daty przeprowadzenia pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki lub udokumentowanie wpisania na listę biorców; z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: ostra odwracalna niewydolność nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki;

- niezdolność do pracy** – czasowa niezdolność do pracy lub częściowa niezdolność do pracy lub całkowita niezdolność do pracy;
- niezdolność do samodzielnej egzystencji** – powstała w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej w wyniku choroby lub wypadku, trwała i bezpowrotna utrata zdolności do samodzielnej wykonywania co najmniej trzech z pięciu czynności życia codziennego o których mowa w ust. 8, potwierdzona wydaniem przez właściwego lekarza orzecznika, właściwą komisję lekarską prawomocnego orzeczenia, lub prawomocnego wyroku sądu lub decyzji organu rentowego, na podstawie właściwych przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach, która będzie trwała nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy i po upływie tego okresu, zgodnie z wiedzą medyczną, nie rokuje odzyskania zdolności do samodzielnej egzystencji; okres 12 miesięcy, o którym mowa powyżej musi rozpocząć się w okresie trwania umowy ubezpieczenia i może trwać po rozwiązaniu umowy ubezpieczenia;
- nowotwór (guz) złośliwy** – za nowotwór (guz) złośliwy uważa się taki nowotwór złośliwy inwazyjny, 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, złośliwie nowotwory szpiku kostnego i mięsaka.  
Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są:
  - rak nieinwazyjny, rak przedinwazyjny carcinoma in situ, dysplazja, rak granicznej złośliwości, rak niskiej potencjalnej złośliwości oraz wszelkie zmiany przedrakowe;
  - rak gruczolą krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c) N0M0 lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji;
  - wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego, w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM;
  - rak brodawkowy tarczycy ograniczony do gruczolą tarczowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0);
  - przewlekłe białaczki limfatyczne w stadium niższym niż 3 według klasyfikacji Rai;
  - wczesne stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM;
  - wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV.

Za datę rozpoznania nowotworu uznaje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego, które wykazało obecność nowotworu.

Jeśli badanie histopatologiczne nie zostało przeprowadzone, rozpoznanie nowotworu złośliwego inwazyjnego wymaga spełnienia łącznie poniższych trzech kryteriów:

- pobraniem materiału do badania jest z medycznego punktu widzenia niewykonalne lub mogłoby być ryzykowne;
  - posiadane dane medyczne przemawiają za takim rozpoznaniem;
  - rozpoznanie zostało potwierdzone przez onkologa lub lekarza odpowiedniej specjalności.
- podmiot uprawniony** – Zakład Ubezpieczeń Społecznych lub Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego lub inny organ uprawniony do orzekania w tym zakresie;
  - postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie lub leczenie choroby, składające się z: badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych;
  - poważne zachorowanie** – rodzaj zachorowania wymieniony w katalogu poważnych zachorowań i zdefiniowany w niniejszym OWU, zdiagnozowany i leczony w czasie trwania odpowiedzialności WARTY.

Zdiagnozowanie choroby lub zespołu chorobowego na podstawie badania przedmiotowego i przedmiotowego oraz wyników badań laboratoryjnych lub histopatologicznych lub obrazowych; choroba musi zostać zdiagnozowana i proces diagnostyczno-leczniczy musi zostać rozpoczęty w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

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

- w przypadku zachorowania: nowotworu (guza) złośliwego, zawału serca, udaru mózgu, utraty wzroku nie spowodowanej wypadkiem, stwardnienia rozsianego z utraty wolumenu ubytkami neurologicznymi – postawienie diagnozy opartej na wymienionych wymaganych w kryteriach poważnego zachorowania udokumentowanych adekwatnymi wynikami badań oraz podjęcia koniecznego postępowania terapeutycznego zgodnie z OWU,
  - w przypadku operacji: chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass), przeszczepu narządów – przeprowadzenie operacji lub zabiegu operacyjnego,
  - w przypadku: niewydolności nerek – rozpoczęcie specjalistycznego leczenia, po spełnieniu wszystkich wymienionych i wymaganych kryteriach poważnego zachorowania,
  - w przypadku: utraty kończyn, utraty wzroku, ciężkiego oparzenia – zajście wypadku prowadzącego do wymienionych następstw;
- prawo do zasiłku** – decyzja wydana przez właściwą jednostkę administracyjną przyznająca wypłatę zasiłku dla bezrobotnych;
  - przeszczep narządów** – za przeszczepienie narządów uważa się przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biocyj jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów:
    - serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki lub,
    - allogeniczny przeszczep szpiku kostnego przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biocyj.Przeszczep musi być uzasadniony medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczonemu nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
  - stałe źródło dochodów** – wynagrodzenie z tytułu stosunku pracy, stosunku służbowego lub dochód uzyskiwany w związku z zawartym kontraktem menedżerskim lub z tytułu prowadzenia działalności gospodarczej na własny rachunek;
  - statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
  - statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkiowiec) przeznaczone lub używane w żegludzie śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów ustawy o żegludzie śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów;
  - status bezrobotnego** – status uzyskany przez osobę zarejestrowaną w charakterze bezrobotnego w powiatowym urzędzie pracy w myśl obowiązujących przepisów prawa polskiego; dzień uzyskania statusu bezrobotnego wskazany jest w decyzji wydanej przez właściwą jednostkę administracyjną;
  - stwardnienie rozsiane z utraty wolumenu ubytkiem neurologicznym** – za stwardnienie rozsiane z utraty wolumenu ubytkami neurologicznymi uważa się chorobę ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego) wywołaną procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi, przejawiającą się zespołem mnogich ubytków neurologicznych, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy, rozpoznana na podstawie kryteriów diagnostycznych McDonalda, poprzedzona epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację objawów: uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;
  - suma ubezpieczenia** – kwota wyrażona w PLN, stanowiąca górną granicę odpowiedzialności WARTY na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie odpowiedzialności WARTY, wskazana w dokumencie ubezpieczenia;
  - szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych;

- szpitalem w rozumieniu niniejszych OWU nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień; za szpital uznaje się także placówkę medyczną udzielającą całodobowej opieki zdrowotnej działającą na terytorium krajów Unii Europejskiej, Wielkiej Brytanii, Australii, Republiki Islandii, Japonii, Kanady, Księstwa Monako, Norwegii, Nowej Zelandii, Szwajcarii, Stanów Zjednoczonych Ameryki, Watykanu, San Marino oraz Korei Południowej;
32. **tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu TUIR „WARTA” S.A** – tabela dostępna na stronie [www.warta.pl](http://www.warta.pl);
33. **trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję o stopniu nie niższym niż 1%;
34. **ubezpieczenie osobowe** – śmierć w wyniku wypadku, śmierć w wyniku wypadku komunikacyjnego, trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku wypadku, pobyt w szpitalu w wyniku wypadku, pobyt w szpitalu w wyniku choroby, poważne zachorowanie, niezdolność do pracy, niezdolność do samodzielnej egzystencji;
35. **ubezpieczony** – osoba fizyczna, na rachunek której została zawarta umowa ubezpieczenia;
36. **ubezpieczający** – osoba fizyczna, prawna lub jednostka organizacyjna nie posiadająca osobowości prawnej, która zawarła umowę ubezpieczenia i jest zobowiązana opłacić składkę;
37. **udar mózgu** – nagłe wystąpienie ogniskowego lub uogólnionego (utrata przytomności) zaburzenia czynności mózgu utrzymującego się ponad 24 godziny na skutek niedokrwienia mózgu lub krwotoku wewnątrzczaszkowego, z wyłączeniem przyczyn urazowych;
38. **umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia, zawarta pomiędzy ubezpieczającym, a WARTA;
39. **uprawniony** – osoba, podmiot upoważniony do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia śmierci ubezpieczonego; w przypadku nie wyznaczenia uprawnionego, świadczenie wypłacane jest osobie najbliższej zmarłemu według następującej kolejności:
- 1) małżonkowi,
  - 2) dzieciom – w przypadku braku małżonka (w równych częściach),
  - 3) rodzicom – w przypadku braku małżonka i dzieci (w równych częściach),
  - 4) innym uprawnionym osobom, po przeprowadzeniu postępowania spadkowego.
40. **utrata kończyn** – za utratę kończyn uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną wypadkiem; ubezpieczenie obejmuje także jednoczesną utratę obu rąk w obrębie nadgarstka albo powyżej (lub obu stop w obrębie stawów skokowych lub powyżej oraz utratę jednej ręki w obrębie nadgarstka lub powyżej nadgarstka oraz jednej stopy w obrębie stawów skokowych lub powyżej stawów);
41. **utrata stałego źródła dochodów** – utrata stałego źródła dochodów przez ubezpieczonego powstała z przyczyn niezależnych od winy i woli ubezpieczonego skutkiem czego ubezpieczony uzyskuje status bezrobotnego i nabywa prawo do zasiłku:
- 1) w przypadku osób zatrudnionych na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego –
    - a) rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego w rozumieniu przepisów prawa polskiego nie związane z wola lub winą ubezpieczonego lub
    - b) wskutek porozumienia zawartego przez pracodawcę z ubezpieczonym z przyczyn niedotyczących pracownika w rozumieniu właściwych przepisów prawa polskiego, w wyniku którego ubezpieczony uzyskuje status bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych;
  - 2) w przypadku osób zatrudnionych na podstawie kontraktu menedżerskiego – rozwiązanie kontraktu przez pracodawcę lub rozwiązanie kontraktu za porozumieniem stron w sytuacji gdy porozumienie nastąpiło z przyczyn tożsamych do przyczyn niedotyczących pracownika, w rozumieniu właściwych przepisów prawa polskiego, w wyniku którego, ubezpieczony uzyskuje status bezrobotnego z prawem do zasiłku dla bezrobotnych;
  - 3) w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą na własny rachunek – utrata stałego źródła dochodów spowodowana przyczynami ekonomicznymi w sytuacji gdy:
    - a) ubezpieczony zaprzestął prowadzenia działalności z przyczyn ekonomicznych, albo
    - b) ubezpieczony zaprzestął prowadzenia działalności gospodarczej wskutek obowiązywania na dzień zajścia przyczyny wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisów prawa uniemożliwiających prowadzenie działalności firmy ubezpieczonego,
    - c) pracodawca rozwiązał z ubezpieczonym umowę cywilno-prawną, w ramach której ubezpieczony wykonywał działalność swojej firmy.
 skutkująca zaprzestaniem prowadzenia i wykreśleniem wpisu przedsiębiorstwa ubezpieczonego z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) lub uprawomocnieniem się postanowienia sądu o ogłoszeniu upadłości przedsiębiorcy (ubezpieczonego) lub uprawomocnieniem się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, iż majątek przedsiębiorcy nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania, oraz uzyskaniem przez ubezpieczonego statusu bezrobotnego i prawa do zasiłku dla bezrobotnych w rozumieniu odpowiednich przepisów prawa polskiego;
42. **utrata wzroku** – za utratę wzroku uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę wzroku spowodowaną nagłym zachorowaniem lub urazem; rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę; ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
43. **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym, który może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty;
44. **wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych polegające na regularnym uczestniczeniu ubezpieczonego w treningach w ramach klubu, związku, organizacji, stowarzyszenia, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych oraz udziale w zawodach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych;
45. **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej; za wypadek nie uważa się zawału serca, udaru mózgu;
46. **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez policję, straż miejską, sąd, prokuraturę, powstały w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
- a) lądowym pojazdom silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako kierowca bądź uczestnik ruchu w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdom szynowych (w tym również tramwaji, pociągów, metra, kolei linowej i linowo-szynowej) w którym ubezpieczony brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy, wywołany:
    - działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
    - wywróceniem się pojazdu, lub
    - pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
  - b) wodnym pojazdom pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
  - c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako członek załogi lub pasażer;
47. **zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego powstała w wyniku jego niedokrwienia, wykazująca objawy elektrokardiograficzne i biochemiczne oraz rozpoznana w badaniach obrazowych (ECHO, tomografia komputerowa), nie dotyczy kardiomiopatii takotsubo; obejmuje również nagłe zgonu sercowe.
48. **zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem lub w przypadku pobierania stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągane wyniki.

#### Warunki umowy ubezpieczenia § 3

1. WARTA obejmuje ochroną ubezpieczeniową osoby, które na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia ukończyły 18 lat i nie przekroczyły:
  - 1) 65 lat dla ubezpieczenia utraty stałego źródła dochodów,
  - 2) 80 lat dla ubezpieczeń osobowych.
2. W przypadku ubezpieczenia utraty stałego źródła dochodów dodatkowe warunki umowy ubezpieczenia wskazane są §43.

3. WARTA przed zawarciem umowy ubezpieczenia z tytułu ubezpieczeń osobowych może zażądać dołączenia dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.

#### Okres odpowiedzialności § 4

1. O ile nie umówiono się inaczej, okres odpowiedzialności WARTY rozpoczyna się z dniem wskazanym w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem:
  - 1) §25 ust. 2–3 dla ubezpieczenia poważnego zachorowania;
  - 2) §29 ust. 2–3 dla ubezpieczenia pobytu w szpitalu w wyniku choroby;
  - 3) §33 ust. 2 dla ubezpieczenia niezdolności do pracy;
  - 4) §38 ust. 2 dla ubezpieczenia niezdolności do samodzielnej egzystencji.
2. Okres odpowiedzialności WARTY wskazany jest w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 3.
3. Odpowiedzialność WARTY kończy się:
  - 1) z upływem okresu odpowiedzialności ubezpieczyciela,
  - 2) z dniem śmierci ubezpieczonego,
  - 3) z dniem, w którym ubezpieczony ukończył:
    - a) 65 lat dla ubezpieczenia utraty stałego źródła dochodów,
    - b) 80 lat dla ubezpieczeń osobowych.
  - 4) z dniem, w którym ubezpieczony zaczął pobierać świadczenie rentowe lub emerytalne – dotyczy ubezpieczenia utraty stałego źródła dochodów,
  - 5) w dniu wyczerpania sumy ubezpieczenia,
  - 6) z dniem wskazanym w wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia w przypadku określonym w § 5 ust. 10,
  - 7) z upływem 7 dni od dnia, w którym ubezpieczający otrzyma wezwanie do zapłaty kolejnej raty składki ubezpieczeniowej wysłane po upływie terminu jej płatności, o którym mowa w §6 ust. 6 jeśli w tym wezwaniu ubezpieczający został poinformowany, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego wezwania spowoduje, że ochrona ubezpieczeniowa wygaśnie,
  - 8) z dniem rozwiązania lub wypowiedzenia umowy ubezpieczenia,
  - 9) z dniem odstąpienia od umowy ubezpieczenia.

#### Sposób zawarcia umowy ubezpieczenia § 5

1. Umowa ubezpieczenia może być zawarta przez osoby spełniające warunki (w zależności od zakresu ubezpieczenia) wskazane w §3 oraz §43.
2. Umowa ubezpieczenia może być również zawarta przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość (umowy na odległość).
3. Zawarcie umowy ubezpieczenia WARTA potwierdza dokumentem ubezpieczenia.
4. O ile nie umówiono się inaczej, zawarcie umowy następuje z chwilą zapłaty składki lub jej pierwszej raty, o ile ubezpieczający dokona jej zapłaty w dniu doręczenia dokumentu ubezpieczenia. Zapłać składki lub jej pierwszej raty przez ubezpieczającego stanowi przyjęcie oferty WARTY. Umowa nie zostanie zawarta, jeżeli w dniu doręczenia dokumentu ubezpieczenia składka lub jej pierwsza rata nie została zapłacona, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Umowa jest zawarta w chwili doręczenia dokumentu ubezpieczenia bez jednoczesnej zapłaty składki lub jej pierwszej raty ze środków pochodzących z umowy kredytu.
6. Jeżeli umowa ubezpieczenia jest zawarta na okres dłuższy niż 6 miesięcy, ubezpieczający ma prawo odstąpienia od umowy w terminie 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą – w terminie 7 dni od dnia zawarcia umowy. Jeżeli najpóźniej w chwili zawarcia umowy nie poinformowano ubezpieczającego będącego konsumentem o prawie odstąpienia od umowy, termin 30 dni biegnie od dnia, w którym ubezpieczający będący konsumentem dowiedział się o tym prawie. Odstąpienie od umowy nie zwalnia ubezpieczającego z obowiązku zapłacenia składki za okres, w jakim ubezpieczyciel udzielił ochrony ubezpieczeniowej.
7. Ubezpieczający ma prawo wypowiedzenia umowy ubezpieczenia w dowolnym czasie.
8. W wypadku umów ubezpieczenia zawieranych na odległość ubezpieczający będący konsumentem może odstąpić od umowy w terminie 30 dni od dnia poinformowania go o zawarciu umowy lub od dnia potwierdzenia informacji o zawarciu umowy, jeżeli jest to termin późniejszy.
9. W przypadku zawarcia umowy na cudzy rachunek, jeżeli ubezpieczony wyraża ubezpieczającemu zgodę na finansowanie kosztu składki, ubezpieczający zobowiązany jest doręczyć ubezpieczonemu OWU przed wyrażeniem przez ubezpieczonego takiej zgody. Na żądanie WARTY ubezpieczający zobowiązany jest przedstawić potwierdzenie doręczenia OWU.
10. Jeżeli WARTA ponosiła odpowiedzialność jeszcze przed zaplaceniem składki lub jej pierwszej raty, a składka lub jej pierwsza rata nie zostanie zapłacona w wymaganym terminie, umowa może zostać wypowiedziana przez WARTĘ ze skutkiem natychmiastowym, a WARTA może zażądać zapłaty składki za okres ubezpieczenia przez który ponosiła odpowiedzialność.

#### Składka ubezpieczeniowa § 6

1. Wysokość składki ubezpieczeniowej uzależniona jest od sumy ubezpieczenia, okresu odpowiedzialności, zakresu ubezpieczenia, sposobu zapłaty składki (jednorazowo lub w ratach).
2. Składka płatna jest jednorazowo za cały okres odpowiedzialności WARTY lub w ratach.
3. Składkę lub jej pierwszą ratę należy zapłacić w dniu doręczenia ubezpieczającemu dokumentu ubezpieczenia, z wyjątkiem przypadku odroczenia terminu płatności składki lub jej pierwszej raty w związku z finansowaniem składki ze środków pochodzących z umowy kredytu, o których mowa w §5 ust. 5. Składkę lub jej pierwszą ratę, której termin został odroczony należy zapłacić w terminie określonym w dokumencie ubezpieczenia, nie dłużej jednak niż w terminie 30 dni od dnia doręczenia dokumentu ubezpieczenia.
4. Wysokość składki lub rat składki wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia.
5. Termin płatności kolejnych rat składki (drugiej i kolejnych) określony jest w dokumencie ubezpieczenia.
6. W przypadku opłacania składki w ratach i nieopłacenia drugiej lub kolejnych rat składki w terminie określonym w dokumencie ubezpieczenia, WARTA może wezwać ubezpieczającego do zapłaty z zagrożeniem, że brak zapłaty w terminie 7 dni od dnia otrzymania wezwania spowoduje ustanie odpowiedzialności.
7. W przypadku płatności raty składki przelewem bankowym/przekazem pocztowym jako termin zaplacenienia raty składki przyjmuje się datę dokonania wpłaty przez ubezpieczającego, tj. datę potwierdzenia przez bank polecenia przelewu bądź datę stempla pocztowego na dowodzie wpłaty.
8. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia przed upływem okresu, na jaki została zawarta umowa, ubezpieczającemu lub osobie przez niego upoważnionej przysługuje zwrot składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
9. Zwrot składki nie przysługuje, jeżeli w okresie odpowiedzialności WARTY spełnienie świadczenia spowodowało wyczerpanie sumy ubezpieczenia.

#### Wyłączenia odpowiedzialności § 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w przypadku ubezpieczeń osobowych jest wyłączona w przypadku zdarzeń spowodowanych:
  - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
  - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
  - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
  - 4) uszkodzenia ciała i rozstroju zdrowia, spowodowanego leczeniem oraz zabiegami leczniczymi, bez względu na to przez kogo były wykonywane;
  - 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
  - 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo,

**ŚMIERĆ W WYNIKU WYPADKU**

**ŚMIERĆ W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO**

**Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej**

**§ 12**

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. WARTA udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku lub śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.
3. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku lub śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.

**Rodzaje i wysokość świadczeń**

**§ 13**

Z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku lub śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia.

**Wyłączenia odpowiedzialności**

**§ 14**

1. Wyłączenia odpowiedzialności wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w § 7.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych.

**Zasady wypłaty świadczenia**

**§ 15**

1. Zasady wypłaty świadczenia wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie zasad wypłaty świadczenia wymienionych w § 10.
2. W przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego odpowiedzialność WARTY polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów:
  - 1) zdarzenie ubezpieczeniowe wystąpiło w okresie odpowiedzialności WARTY, nie później niż w ciągu 180 dni od daty wypadku,
  - 2) istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, a śmiercią ubezpieczonego.

**TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W WYNIKU WYPADKU**

**Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej**

**§ 16**

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. WARTA udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego na skutek wypadku mającego miejsce w okresie odpowiedzialności.

**Rodzaje i wysokość świadczeń**

**§ 17**

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia:
  - 1) w wysokości odpowiadającej 1% sumy ubezpieczenia na dzień zajścia zdarzenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w oparciu o tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu TUIR „WARTA” S.A., bądź
  - 2) w wysokości odpowiadającej procentowi trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zgodnie z tabelą zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową określoną w ust. 3 oraz sumy ubezpieczenia na dzień zajścia zdarzenia.
2. Sposób wypłaty świadczenia ubezpieczonemu znajduje się w dokumencie ubezpieczenia.
3. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową:

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.	całkowita 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 śródreżcza	55	50
4.	utrata wszystkich palców u ręki	50	45
5.	utrata kciuka i palca wskazującego	35	25
6.	utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
7.	utrata kciuka	20	15
8.	utrata palca wskazującego	15	10
9.	utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	5	5

**Kończyny dolne:**

1.	utrata jednej nogi powyżej kolana	60	
2.	utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana	50	
3.	utrata całej stopy lub części śródstopia	40	
4.	utrata wszystkich palców u stopy	30	

lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;

- 7) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia 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) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwowymi, uzależnieniami;
  - 10) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
  - 11) zawodowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego – dotyczy zdarzeń spowodowanych wypadkami;
  - 12) wyczynowym uprawianiem sportu przez ubezpieczonego – dotyczy zdarzeń spowodowanych wypadkami;
  - 13) WARTA nie wypłaca świadczenia w przypadkach, gdy wypłata świadczenia naraziłaby TUIR „WARTA” na jakiegokolwiek handlowe lub gospodarcze sankcje, zakazy lub restrykcje wprowadzone bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa, w tym rezolucjami ONZ, regulacjami Unii Europejskiej lub decyzjami uprawnionych organów Wielkiej Brytanii lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.
2. W przypadku ubezpieczenia utraty stałego źródła dochodów wyłączenia odpowiedzialności wskazane są w § 45.

**Postępowanie w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego**

**§ 8**

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczony lub uprawniony zobowiązany jest:
  - 1) zgłosić niezwłocznie zdarzenie do WARTY za pośrednictwem COKW w terminie 7 dni od dnia zdarzenia ubezpieczeniowego lub po ustaniu przyczyn uniemożliwiających wcześniejsze zgłoszenie zdarzenia,
  - 2) dostarczyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia okoliczności i skutków zdarzenia.
2. Jeżeli z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa ubezpieczony lub uprawniony nie zgłosił szkody w terminie wskazanym w ust. 1, WARTA może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie przyczyniło się do zwiększenia szkody lub uniemożliwiło WARCIE ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia.
3. W razie niedopełnienia obowiązków, o których mowa w ust. 1 pkt. 2) WARTA może odmówić wypłaty świadczenia ubezpieczeniowego lub je odpowiednio zmniejszyć, o ile miało to wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia bądź ustalenie rozmiarów szkody.
4. W razie wypadku (dotyczy trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku, pobytu w szpitalu w wyniku wypadku, niezdolność do pracy w wyniku wypadku, niezdolność do samodzielnej egzystencji w wyniku) ubezpieczony jest obowiązany:
  - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie się opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu,
  - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską,
  - 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.
5. Po zgłoszeniu zajścia zdarzenia z tytułu ubezpieczenia trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku, pobytu w szpitalu w wyniku wypadku, pobytu w szpitalu w wyniku choroby, poważnego zachorowania, niezdolność do pracy, niezdolność do samodzielnej egzystencji oraz otrzymania kompletu dokumentów, o których mowa w ust. 1 pkt. 2), ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.

**Określenie terminu wypłaty świadczeń**

**§ 9**

1. WARTA zobowiązana jest spełniać należne świadczenie w terminie 30 dni od daty zadziwienia WARTY o zdarzeniu.
2. W przypadku niemożności wyjaśnienia okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności WARTY lub wysokości świadczenia w terminie określonym w ust. 1 WARTA zobowiązana jest, jeżeli uznaje swoją odpowiedzialność, wypłacić świadczenie w terminie 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia WARTA zobowiązana jest wypłacić w terminie określonym w ust. 1.
3. W przypadku odmowy wypłaty całości lub części świadczenia WARTA informuje o tym pisemnie ubezpieczonego lub uprawnionego podając okoliczności, podstawę prawną oraz informując o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze postępowania sądowego.

**Zasady wypłaty świadczenia**

**§ 10**

1. Ustalenie zasadności wypłaty świadczenia następuje na podstawie przedłożonych przez ubezpieczonego lub uprawnionego dokumentów. WARTA wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.
2. W przypadku wypadku, ustalenie zasadności wypłaty świadczenia następuje na podstawie dokumentów o których mowa w ust. 1 oraz po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem, który wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, a zajściem zdarzenia ubezpieczeniowego.
3. WARTA zastrzega sobie prawo do zasięgnięcia opinii specjalistów oraz weryfikacji wszelkich dokumentów przedłożonych przez uprawnionego.
4. Świadczenie wypłacane jest ubezpieczonemu bądź uprawnionemu.

**Skargi, zażalenia, reklamacje**

**§ 11**

1. 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, uprawnionego, spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy Uprawnionego.
2. Skargi, zażalenia w tym reklamacje mogą być składane do WARTY:
  - 1) na piśmie na adres: skr. pocztowa 1020, 00-950 Warszawa,
  - 2) na piśmie na adres do doręczeń elektronicznych, od dnia wpisania tego adresu do bazy adresów elektronicznych (adres zostanie umieszczony na stronie www.warta.pl/reklamacje niezwłocznie po jego wpisaniu do bazy adresów elektronicznych),
  - 3) elektronicznie za pomocą formularza [www.warta.pl/reklamacje](http://www.warta.pl/reklamacje),
  - 4) telefonicznie pod nr 502 308 308 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora),
  - 5) w każdej jednostce WARTY na piśmie doręczonym osobiście lub ustnie do protokołu.
3. WARTA rozpatrzy skargę, zażalenie lub reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi na piśmie przesyłką listową lub pocztą elektroniczną 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 wyznaczona przez Zarząd WARTY.
4. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
  - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (strona [www: https://www.knf.gov.pl](https://www.knf.gov.pl)),
  - 2) Rzecznik Finansowy (strona [www: https://www.rf.gov.pl](https://www.rf.gov.pl)).
5. W przypadku umów zawieranych przez Internet skargę można złożyć dodatkowo za pośrednictwem platformy internetowego systemu rozstrzygania sporów (Platforma ODR) – adres: <https://ec.europa.eu/consumers/odr/main/index.cfm?event=main.home2.show&lng=PL>.

5.	utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20
6.	utrata palucha	5
7.	utrata palca innego niż paluch	2
<b>Głowa:</b>		
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

4. Użyte w ust. 3 terminy oznaczają:
- 1) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego;
  - 2) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego;
  - 3) dłoń – palce i śródręcze;
  - 4) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego;
  - 5) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego;
  - 6) utrata – fizyczna utrata narządu lub trwała utrata władzy nad narządem.
5. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe określone w ust. 4 ulegają odwróceniu.
6. WARTA może wyznaczyć komisję lekarską która wyznaczy stopień trwałego uszczerbku ubezpieczonego w oparciu o tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu TUIR „WARTA” S.A. lub tabelę zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową o której mowa w ust. 3.
7. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejącego bezpośrednio przed wypadkiem.

#### Wyłączenia odpowiedzialności § 18

1. Wyłączenia odpowiedzialności wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w § 7.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych.

#### Zasady wypłaty świadczenia § 19

1. Zasady wypłaty świadczenia wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie zasad wypłaty świadczenia wymienionych w § 10.
2. Ostateczna wysokość stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest ustalana po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 24 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (poprawienie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zostanie wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Jeżeli ubezpieczony otrzymał jednorazowe świadczenie z tytułu stałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł na skutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci o ile ubezpieczony posiadał takie świadczenie w zakresie ubezpieczenia na podstawie niniejszego OWU, wypłaca się po potrąceniu wypłaconej uprzednio kwoty.

#### POBYT W SZPITALU W WYNIKU WYPADKU

##### Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej § 20

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. WARTA udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku.
3. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest pobyt w szpitalu w wyniku wypadku.

##### Rodzaje i wysokość świadczeń § 21

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem że pobyt w szpitalu trwał nieprzerwanie 7 dni, z zastrzeżeniem ust. 3–5.
2. Wysokość świadczenia za każdy dzień pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku wypadku (dziennie świadczenie szpitalne) określona jest w dokumencie ubezpieczenia.
3. Łączna kwota świadczenia w okresie odpowiedzialności WARTY wynosi maksymalnie 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej na pierwszy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku.
4. Jeżeli pobyt ubezpieczonego w szpitalu rozpoczął się w okresie udzielania ochrony, a zakończył się po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej, wówczas dziennie świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu przypadający na czas udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
5. W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanych tym samym wypadkiem, dziennie świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku wypadku, pod warunkiem że dany pobyt w szpitalu trwał minimum 7 dni.

##### Wyłączenia odpowiedzialności § 22

1. Wyłączenia odpowiedzialności wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w § 7.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym oraz pozostawianiem ubezpieczonego na Izbie Przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującym dalszą hospitalizacją;

#### POWAŻNE ZACHOROWANIE

##### Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej § 23

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. WARTA udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego.
3. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest wystąpienie poważnego zachorowania.

##### RODZAJE I WYSOKOŚĆ ŚWIADCZEŃ § 24

Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia w przypadku wystąpienia poważnego zachorowania u ubezpieczonego w wysokości 100% sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia.

##### Okres odpowiedzialności § 25

1. Postanowienia dotyczące okresu odpowiedzialności wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie postanowień dotyczących okresu odpowiedzialności wymienionych w § 4.
2. O ile nie umówiono się inaczej, okres odpowiedzialności WARTY rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu odpowiedzialności WARTY z zastrzeżeniem ust. 3.

3. O ile nie umówiono się inaczej, okres odpowiedzialności WARTY z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania: ciężkiego oparzenia, utrata wzroku, utraty kończyn powstałego w wyniku wypadku, rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu odpowiedzialności WARTY.

#### Wyłączenia odpowiedzialności § 26

1. Wyłączenia odpowiedzialności wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w § 7.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
  - 1) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
  - 2) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV.

#### POBYT UBEZPIECZONEGO W SZPITALU W WYNIKU CHOROBY

##### Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej § 27

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. WARTA udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby.
3. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest pobyt w szpitalu w wyniku choroby.

##### Rodzaje i wysokość świadczeń § 28

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia za każdy dzień pobytu w szpitalu w wyniku choroby w okresie udzielania ochrony, z zastrzeżeniem, że odpowiedzialność ubezpieczyciela obejmuje pobyt w szpitalu rozpoczynający się po upływie 90 dni, liczonych od daty początku okresu odpowiedzialności. W przypadku pierwszych 90 dni, liczonych od daty początku okresu odpowiedzialności polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia za pobyt w szpitalu w wyniku choroby na OIOM.
2. Świadczenie za każdy dzień pobytu (dziennie świadczenie szpitalne) ubezpieczonego w szpitalu w wyniku choroby przysługuje w wysokości określonej w dokumencie ubezpieczenia, pod warunkiem że nieprzerwany pobyt w szpitalu w okresie obowiązywania ubezpieczenia trwał co najmniej 7 dni.

##### Okres odpowiedzialności § 29

1. Postanowienia dotyczące okresu odpowiedzialności wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie postanowień dotyczących okresu odpowiedzialności wymienionych w § 4.
2. O ile nie umówiono się inaczej, okres odpowiedzialności WARTY z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu odpowiedzialności WARTY z zastrzeżeniem ust. 3.
3. O ile nie umówiono się inaczej, okres odpowiedzialności WARTY z tytułu pobytu w szpitalu w wyniku choroby na OIOM rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu odpowiedzialności WARTY.

##### Wyłączenia odpowiedzialności § 30

1. Wyłączenia odpowiedzialności wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w § 7.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
  - 1) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV;
  - 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku;
  - 3) pozostawianiem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym, oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym; oraz pozostawianiem ubezpieczonego: na Izbie Przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującym dalszą hospitalizacją;
  - 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem;
  - 5) procedurami typowo diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i obrazowych, badań profilaktycznych; nieplodnością, sztucznym zapłodnieniem, powikłań w trakcie ciąży.

#### NIEZDOLNOŚĆ DO PRACY UBEZPIECZONEGO

##### Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej § 31

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
2. WARTA udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania niezdolności do pracy ubezpieczonego.
3. Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest powstania czasowej niezdolności do pracy lub częściowej niezdolności do pracy lub całkowitej niezdolności do pracy.

##### Rodzaje i wysokość świadczeń § 32

O ile nie umówiono się inaczej, w przypadku wystąpienia niezdolności do pracy ubezpieczonego, ubezpieczyciel wypłaca miesięczne świadczenie w wysokości oraz liczbie miesięcznych świadczeń, określonej w dokumencie ubezpieczenia w okresie niezdolności do pracy, nie dłużej jednak niż do rozwiązania umowy ubezpieczenia albo wygaśnięcia odpowiedzialności WARTY.

##### Okres odpowiedzialności § 33

1. Postanowienia dotyczące okresu odpowiedzialności wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie postanowień dotyczących okresu odpowiedzialności wymienionych w § 4.
2. O ile nie umówiono się inaczej, okres odpowiedzialności WARTY z tytułu powstania niezdolności do pracy, której przyczyną jest:
  - 1) wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia,
  - 2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia,

##### Wyłączenia odpowiedzialności § 34

1. Wyłączenia odpowiedzialności wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w § 7.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
  - 1) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
  - 2) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV.

##### Zasady wypłaty świadczenia § 35

1. Zasady wypłaty świadczenia wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie zasad wypłaty świadczenia wymienionych w § 10.
2. Świadczenie z tytułu niezdolności do pracy ubezpieczonego zostanie przyznane, jeżeli wypadek albo choroba będąca przyczyną powstania niezdolności do pracy oraz wydane orzeczenie lub zaświadczenie lekarskie związane z niezdolnością do pracy wystąpiły w okresie odpowiedzialności.



- Świadczenie miesięczne należne jest, począwszy od miesiąca kalendarzowego bezpośrednio następującego po miesiącu, w którym niezdolność do pracy została potwierdzona prawomocnym orzeczeniem lub zaświadczeniem lekarskim.
- Wypłata pierwszego miesięcznego świadczenia następuje w wysokości sumy miesięcznych świadczeń należnych za okres od dnia powstania niezdolności do pracy do dnia wypłaty pierwszego miesięcznego świadczenia.
- Każde kolejne miesięczne świadczenie ubezpieczyciel wypłaca po każdym 30 dniach niezdolności do pracy, nie dłużej jednak niż do rozwiązania umowy ubezpieczenia lub zakończenia odpowiedzialności WARTY, z zastrzeżeniem ust. 6.
- Jeżeli niezdolność do pracy ubezpieczonego rozpoczęła się w okresie udzielania ochrony a zakończyła się po zakończeniu ochrony ubezpieczeniowej, wówczas:
  - wypłata pierwszego i kolejnego miesięcznego świadczenia przysługuje za każdy miesiąc niezdolności do pracy, przypadający w okresie udzielania ochrony, z zastrzeżeniem pkt. 2),
  - wypłata ostatniego miesięcznego świadczenia przysługuje za miesiąc niezdolności do pracy, gdy co najmniej 1 dzień orzeczonej niezdolności do pracy wypada w okresie odpowiedzialności.
- Ubezpieczyciel może wezwać w każdym czasie ubezpieczonego na komisję lekarską w celu poddania się badaniom na koszt ubezpieczyciela lub wezwać ubezpieczonego do przedstawienia dokumentacji potwierdzającej istnienie niezdolności do pracy.

## niezdolność do samodzielnej egzystencji

### Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej § 36

- Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie Ubezpieczonego.
- WARTA udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji w wyniku wypadku albo w wyniku choroby.
- Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest powstanie niezdolności do samodzielnej egzystencji tj. rozpoczęcie 12 miesięcznego okresu o którym mowa w § 2 ust. 18.

### Rodzaje i wysokość świadczeń § 37

Z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie jednorazowe w wysokości 100% sumy ubezpieczenia aktualnej na dzień zajścia zdarzenia.

### Okres odpowiedzialności § 38

- Postanowienia dotyczące okresu odpowiedzialności wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie postanowień dotyczących okresu odpowiedzialności wymienionych w § 4.
- O ile nie umówiono się inaczej, okres odpowiedzialności WARTY z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji, której przyczyną jest:
  - wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia,
  - choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni, liczonych od dnia wskazanego w dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia.

### Wyłączenia odpowiedzialności § 39

- Wyłączenia odpowiedzialności wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie wyłączeń odpowiedzialności wymienionych w § 7.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
  - przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
  - chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV.

### Zasady wypłaty świadczenia § 40

- Zasady wypłaty świadczenia wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie zasad wypłaty świadczenia wymienionych w § 10.
- Świadczenie z tytułu niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego zostanie przyznane, jeżeli wypadek albo choroba będąca przyczyną powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji oraz wydane orzeczenie o niezdolności do samodzielnej egzystencji wystąpiły w okresie odpowiedzialności.
- Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego powstałe w wyniku wypadku może być ustalone, jeśli podjęcie leczenia nastąpiło nie później niż 180 dni od dnia zajścia wypadku.
- Ubezpieczyciel może wezwać w każdym czasie ubezpieczonego na komisję lekarską w celu poddania się badaniom na koszt ubezpieczyciela lub wezwać ubezpieczonego do przedstawienia dokumentacji potwierdzającej istnienie niezdolności do pracy.

## ubezpieczenie utraty stałego źródła dochodów

### Definicje § 41

- Definicje wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie definicji wymienionych w § 2.
- W niniejszym ubezpieczeniu mają zastosowanie następujące definicje:
 

**dzień zajścia zdarzenia:**

  - w przypadku osób zatrudnionych na podstawie stosunku pracy lub stosunku służbowego – dzień rozwiązania stosunku pracy lub stosunku służbowego,
  - w przypadku osób zatrudnionych na podstawie kontraktu menedżerskiego – dzień rozwiązania kontraktu menedżerskiego przez pracodawcę lub w przypadku, gdy rozwiązanie kontraktu menedżerskiego nastąpiło za porozumieniem stron z przyczyn tożsamyh do przyczyn nietodujących pracowników w rozumieniu właściwych przepisów prawa polskiego, za datę utraty stałego źródła dochodów uważa się dzień, w którym wygaszył ten kontrakt wskutek rozwiązania go przez pracodawcę z zachowaniem okresu wypowiedzenia określonego w kontrakcie menedżerskim,
  - w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą na własny rachunek – dzień wykreślenia wpisu z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEiDG) ubezpieczonego lub dzień wydania postanowienia o ogłoszeniu upadłości przedsiębiorcy lub dzień uprawomocnienia się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z tego powodu, że jego majątek nie wystarcza na pokrycie kosztów postępowania.

### Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej § 42

- Przedmiotem ubezpieczenia jest utrata stałego źródła dochodów ubezpieczonego.
- WARTA udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie utraty stałego źródła dochodów ubezpieczonego.
- Zdarzeniem ubezpieczeniowym jest utrata stałego źródła dochodów.

### Warunki umowy ubezpieczenia § 43

- Warunki umowy ubezpieczenia wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie warunków umowy ubezpieczenia wymienionych w § 7.
- WARTA obejmuje ochroną ubezpieczeniową osoby, które na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia:
  - pracują na podstawie umowy o pracę/stosunku służbowego/kontraktu menedżerskiego, a z chwilą zawarcia umowy ubezpieczenia nie pozostają w okresie wypowiedzenia stosunku pracy/stosunku służbowego/kontraktu menedżerskiego;
  - prowadzą działalność gospodarczą na własny rachunek, a w okresie 3 miesięcy przed datą zawarcia umowy ubezpieczenia, nieprzerwanie prowadzona była działalność gospodarcza w rozumieniu właściwych przepisów prawa polskiego lub w okresie zawieszenia prowadzenia

działalności gospodarczej osiągnęłyby dochody ze stosunku pracy bądź kontraktu menedżerskiego i nie został w tym czasie złożony wniosek o wyrejestrowanie działalności gospodarczej, ani wniosek o ogłoszenie upadłości lub likwidację przedsiębiorstwa ubezpieczonego;

- na dzień zawarcia umowy ubezpieczenia nie posiadają statusu bezrobotnego w rozumieniu przepisów prawa polskiego lub nie uzyskują wynagrodzenia z tytułu już nie świadczonej pracy;
- podlegają przepisom prawa polskiego o emeryturach i rentach;
- nie osiągnęły wieku emerytalnego na podstawie przepisów prawa polskiego o emeryturach i rentach;
- zamieszkują na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, chyba, że tymczasowa nieobecność na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej jest związana z:
  - pracą lub służbą w Siłach Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej;
  - pracą w placówce dyplomatycznej Rzeczypospolitej Polskiej;
  - odejściem do pracy za granicę Rzeczypospolitej Polskiej.

### Rodzaje i wysokość świadczeń § 44

- WARTA wypłaca miesięczne świadczenie ubezpieczeniowe za każde 30 dni nieprzerwanego przysługiwania statusu osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku, jednak nie więcej niż maksymalna liczba miesięcznych świadczeń wskazana w dokumencie ubezpieczenia z tytułu jednego i wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w okresie odpowiedzialności WARTY, z zastrzeżeniem ust. 4.
- Pierwsze oraz kolejne świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane są po upływie 30 kolejnych dni nieprzerwanego przysługiwania statusu osoby bezrobotnej z prawem do zasiłku.
- Wysokość miesięcznego świadczenia uzależniona jest od sumy ubezpieczenia oraz liczby miesięcznych świadczeń i wskazana jest w dokumencie ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 4.
- W przypadku gdy utrata stałego źródła dochodów nastąpi w okresie pierwszych 30 dni licząc od pierwszego dnia okresu odpowiedzialności, WARTA wypłaci ubezpieczonemu jednorazowe świadczenie w wysokości 10% miesięcznego świadczenia, o którym mowa w ust. 3.
- Świadczenie z tytułu utraty stałego źródła dochodów przysługuje o ile zdarzenie ubezpieczeniowe zaszło w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela.

### Wyłączenia odpowiedzialności § 45

- Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za szkody spowodowane:
  - działaniami wojennymi, stanem wojennym;
  - czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
  - skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela jest wyłączona, gdy:
  - ubezpieczony podjął jakąkolwiek pracę zarobkową,
  - wygaśnięcie stosunek pracy lub stosunek służbowy zawarty na czas określony, chyba, że zakończenie stosunku pracy lub stosunku służbowego nastąpiło, pomimo że strony poprzednio dwukrotnie zawarły umowę na czas określony na następujące po sobie okresy, o ile przerwa między rozwiązaniem poprzedniej umowy o pracę, a zawarciem kolejnej, nie była dłuższa niż 1 miesiąc,
  - wygaśnięcie kontrakt menedżerski z upływem okresu na jako został zawarty, chyba że pomiędzy ubezpieczonem, a pracodawcą został zawarty kolejny kontrakt menedżerski, bezpośrednio następujący po zakończeniu poprzedniego okresu na jaki został zawarty,
  - zostanie wypowiedziana umowa o pracę lub stosunek służbowy przez ubezpieczonego lub rozwiązana umowa o pracę lub stosunek służbowy za porozumieniem stron z przyczyn innych, niż nietodujących ubezpieczonego w rozumieniu właściwych przepisów prawa polskiego,
  - zostanie wypowiedziany kontrakt menedżerski za porozumieniem stron z przyczyn innych, niż analogicznych do przyczyn nietodujących ubezpieczonego w rozumieniu przepisów prawa polskiego,
  - zostanie rozwiązany stosunek pracy, stosunek służbowy bądź kontrakt menedżerski na wniosek ubezpieczonego,
  - zostanie rozwiązany stosunek pracy, stosunek służbowy bądź kontrakt menedżerski bez wypowiedzenia z winy pracownika,
  - okres pozostawania bez pracy na skutek utraty stałego źródła dochodów trwał krócej niż 30 dni,
  - WARTA nie wypłaca świadczenia w przypadkach, gdy wypłata świadczenia naraziłaby TwiR „WARTA” na jakiegokolwiek handlowe lub gospodarcze sankcje, zakazy lub restrikcje wprowadzone bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa, w tym rezolucjami ONZ, regulacjami Unii Europejskiej lub decyzjami uprawnionych organów Wielkiej Brytanii lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.

### Postępowanie w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego § 46

- Postanowienia dotyczące postępowania w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie postanowień dotyczących postępowania w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego okresu odpowiedzialności wymienionych w § 8.
- Przed wypłatą każdego miesięcznego świadczenia ubezpieczeniowego, ubezpieczony zobowiązany jest do dostarczenia aktualnego dowodu pobierania zasiłku dla bezrobotnych lub dokumentu potwierdzającego prawo do zasiłku lub dokumentu potwierdzającego status osoby bezrobotnej gdy zakończył się okres pobierania zasiłku.

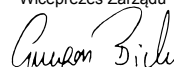
### Zasady wypłaty świadczenia § 47

- Zasady wypłaty świadczenia wymienione w tym paragrafie stanowią uzupełnienie zasad wypłaty świadczenia wymienionych w § 10.
- Jeżeli okres pozostawania bez pracy na skutek utraty stałego źródła dochodów trwał dłużej niż 30 dni, WARTA wypłaca świadczenie za okres od daty wystąpienia zdarzenia, zgodnie z niniejszymi OWU.
- Jeżeli ubezpieczony utracił pracę w trybie uniemożliwiającym mu uzyskanie świadczenia, a następnie doprowadził do zmiany kwalifikacji trybu rozwiązania umowy o pracę, stosunku służbowego, bądź kontraktu menedżerskiego na mocy prawomocnego wyroku sądu, świadczenie przysługuje od daty utraty stałego źródła dochodów.

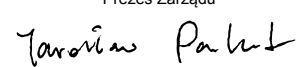
### Postanowienia końcowe § 48

- Do umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie niniejszych OWU stosuje się prawo polskie. Językiem obowiązującym jest język polski.
- W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU stosuje się odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne obowiązujące przepisy prawne.
- Wszystkie zmiany i odstępstwa od postanowień niniejszych OWU są sporządzone w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
- Zgodnie z art. 4 c Ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych WARTA, spełniając obowiązek nałożony przedmiotową ustawą oświadcza, że jest dużym przedsiębiorcą w rozumieniu art. 4 pkt 6 ww. ustawy.
- Niniejsze OWU wchodzi w życie od 2 września 2024 roku i mają zastosowanie do umów ubezpieczenia zawieranych od tej daty.

Wiceprezes Zarządu

  
Grzegorz BIELEC

Prezes Zarządu

  
Jarosław PARKOT



# INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH DLA KLIENTA UBEZPIECZENIE AFFINITY

WARTA dba o Pani/Pana dane, dlatego w trosce o ich bezpieczeństwo prosimy o zapoznanie się z klauzulami informacyjnymi dotyczącymi ich przetwarzania.

	DLA UBEZPIECZAJĄCEGO	DLA UBEZPIECZONEGO
<b>ADMINISTRATOR I DANE KONTAKTOWE</b>	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” S.A. z siedzibą w Warszawie, Rondo I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa („WARTA”). Z administratorem można się kontaktować pisemnie pod podanym adresem siedziby lub w sposób wskazany na stronie <a href="http://www.warta.pl">www.warta.pl</a> .	WARTA uzyskała Pani/Pana dane osobowe od Ubezpieczającego w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia.
<b>ZAKRES I ŹRÓDŁO DANYCH</b>		
<b>CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH</b>	Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez WARTĘ w celu: 1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego, wyliczenia składki ubezpieczeniowej oraz obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń. W tym celu WARTA stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, w celu wyliczenia wysokości składki ubezpieczeniowej. Podstawą profilowania będą dane zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz dane zebrane na podstawie innych umów ubezpieczenia zawartych przez Panią/Pana z WARTĄ, jak również dane dotyczące historii szkodowości. Konsekwencją takiego przetwarzania będzie automatyczna decyzja dotycząca wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika; 2) zapobiegania i wykrywania przestępczości – na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez 5 lat, a w przypadku przedsiębiorców przez 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia; 3) reasekuracji ryzyka – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. zmniejszenia ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń dla obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia; 4) windykacji i dochodzenia roszczeń oraz obrony praw WARTY w postępowaniach przed sądami i organami państwowymi – na podstawie prawnie uzasadnionego interesu WARTY, tj. możliwości dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami, do czasu upływu terminów przedawnienia roszczeń przysługujących WARCIE bądź przedawnienia karalności czynu popełnionego na szkodę WARTY; 5) marketingu własnych produktów lub usług WARTY, w tym profilowania w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, na podstawie prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez WARTĘ, tj. promowania własnych produktów lub usług WARTY, do czasu wyrażenia przez Panią/ Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w tym celu; 6) dochodzenia roszczeń regresowych przez WARTĘ (w przypadku wypłaty przez WARTĘ odszkodowania za szkodę wyrządzoną przez osobę trzecią) – na podstawie przepisów kodeksu cywilnego, przez okres przedawnienia roszczeń przysługujących Pani/Panu względem osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę; 7) likwidacji szkody (o ile zostanie zgłoszona), w tym obsługi zgłoszenia, wydania decyzji ubezpieczeniowej i wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia – na podstawie umowy, przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz przepisów kodeksu cywilnego, do momentu wydania przez WARTĘ decyzji w przedmiocie wypłaty odszkodowania lub innego świadczenia, a także w celu rozpatrywania reklamacji (o ile zostanie złożona) – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po upływie tego okresu w celach archiwizacyjnych na wypadek zgłoszenia kolejnej szkody lub dodatkowych roszczeń – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. obrony przed roszczeniami, przez okres przedawnienia przysługujących Pani/Panu roszczeń; 8) ustalania rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, w tym w celach statystycznych, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz przepisów kodeksu cywilnego, przez okres obowiązywania umowy, przez okres likwidacji szkody lub innego roszczenia oraz przez czas trwania ewentualnych postępowań sądowych związanych z dochodzeniem przez Panią/Pana roszczeniem; 9) rachunkowym, na podstawie przepisów o rachunkowości, przez okres wskazany w tych przepisach, przedłużony o okres dochodzenia roszczeń. 10) oceny satysfakcji z usług WARTY – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. kontroli przebiegu i podnoszenia standardów realizowanych usług na podstawie zebranych przez WARTĘ opinii, przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia a także w okresie następującym po rozpatrzeniu roszczeń o wypłatę odszkodowania lub świadczenia zgłoszonych do WARTY; 11) rozpatrywania wniosków, skarg i reklamacji innych niż związane z procesem likwidacji szkody – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po ich rozpatrzeniu, w celach archiwizacyjnych, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, tj. kontroli prawidłowości prowadzenia tych postępowań.	
<b>DO CZEGO PRZYSŁUGUJE PANI/PANU PRAWO</b>	Przysługuje Pani/Panu prawo do: 1) dostępu do swoich danych – czyli uzyskania od WARTY potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe; uzyskania ich kopii oraz informacji m.in. o: celach przetwarzania, kategoriach danych, kategoriach odbiorców danych, planowanym okresie ich przechowywania i źródle ich pozyskania przez WARTĘ; 2) ich sprostowania – czyli poprawienia lub uzupełnienia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe lub niekompletne; 3) ich usunięcia – w przypadkach wskazanych w art. 17 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych, w szczególności w przypadku, gdy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane, lub złożony został skuteczny sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (o ile nie zakłada to realizacji umowy lub obowiązków WARTY wynikających z przepisów prawa); 4) ograniczenia przetwarzania – czyli zaprzestania przetwarzania, w szczególności, gdy kwestionuje Pani/Pan prawidłowość danych osobowych lub wnosi sprzeciw wobec ich przetwarzania – na okres pozwalający WARCIE zweryfikować zasadność żądania; 5) przeniesienia swoich danych – czyli do uzyskania od WARTY w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego Pani/Pana danych osobowych, które Pani/Pan dostarczył(a) WARCIE i które WARTA przetwarza na podstawie umowy z Panią/Panem umowy. Ponadto ma Pani/Pan prawo zażądać, aby WARTA przesłała innemu administratorowi Pani/Pana dane osobowe, o ile jest to technicznie możliwe; 6) wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez WARTĘ, w tym profilowania na tej podstawie, oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez WARTĘ; Pomimo sprzeciwu WARTA jest uprawniona w dalszym ciągu przetwarzać te dane osobowe, jeżeli wykáže istnienie ważnych, prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń. Przysługuje Pani/Panu prawo do wniesienia w dowolnym momencie sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez WARTĘ; 7) wniesienia skargi do Organu Nadzoru w zakresie danych osobowych (jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych). Jeżeli wyraził(a) Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem. Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania interwencji ze strony pracownika WARTY wobec decyzji opierającej się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, do wyrażania własnego stanowiska i do zakwestionowania tej decyzji poprzez kontakt z WARTĄ przez jej agenta, infolinię lub wysłanie wiadomości na adres e-mail: <a href="mailto:IOD@warta.pl">IOD@warta.pl</a> .	
<b>DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH</b>	W celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy się skontaktować z inspektorem ochrony danych lub agentem. Kontakt z inspektorem jest możliwy drogą elektroniczną poprzez: <a href="mailto:IOD@warta.pl">IOD@warta.pl</a> lub drogą pisemną pod adresem siedziby WARTY podanym powyżej. Dane inspektora dostępne są na stronie internetowej: <a href="http://www.warta.pl">www.warta.pl</a> w zakładce „Kontakt”. Kontakt z agentem ubezpieczeniowym jest możliwy osobiście lub drogą telefoniczną.	
<b>ODBIORCY DANYCH</b>	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, biura informacji gospodarczej i biura informacji kredytowej – o ile została udzielona w tym zakresie zgoda; organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia.	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia.
	Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie WARTY, m.in. dostawcom usług IT mającym siedzibę w Polsce lub na obszarze EOG, dostawcom usług archiwizacji dokumentacji, likwidacji szkód, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, kancelariom prawnym świadczącym wsparcie prawne, rzeczoznawcom majątkowym lub medycznym, agencjom marketingowym czy też agentom ubezpieczeniowym obsługującym umowę ubezpieczenia – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z WARTĄ i wyłącznie zgodnie z jej poleceniami. W związku z korzystaniem przez Neonet S.A. z pakietu Microsoft Office odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być przekazywane do państwa trzeciego (USA). Komisja Europejska wydała decyzję wykonawczą w sprawie Data Privacy Framework, stwierdzającą odpowiedni stopień ochrony danych osobowych, umożliwiającą przekazywanie danych osobowych organizacjom uczestniczącym w Data Privacy Framework. Korporacja Microsoft znajduje się na liście podmiotów, które przystąpiły do programu, wobec czego podstawą transferu danych jest art. 45 ust. 3 RODO.	
<b>INNE ŹRÓDŁA POZYSKIWANIA DANYCH</b>	WARTA zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: biur informacji gospodarczej oraz biur informacji kredytowej – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, o ile została udzielona w tym zakresie zgoda; innych zakładów ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; w przypadku przedsiębiorców – z rejestru podmiotów gospodarki narodowej (REGON) prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w zakresie danych tam ujawnionych w celu weryfikacji ich poprawności oraz od innych podmiotów – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.	WARTA zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: innych zakładów ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; dostawców usług assistance – w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług; w przypadku przedsiębiorców – z rejestru podmiotów gospodarki narodowej (REGON) prowadzonego przez Główny Urząd Statystyczny w zakresie danych tam ujawnionych w celu weryfikacji ich poprawności oraz od innych podmiotów – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.
<b>OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH</b>	Podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, jak również może wynikać z przepisów prawa – brak podania tych danych może uniemożliwić zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych do celów marketingowych jest dobrowolne.	

Przy zawieraniu umów ubezpieczenia na podstawie Ogólnych warunków ubezpieczenia „osobowego i utraty stałego źródła dochodów” uczestniczy Neonet S.A. w restrukturyzacji działający w oparciu o art. 2 ust. 1 Ustawy o dystrybucji ubezpieczeń.