

Niniejszy dokument prezentuje najważniejsze informacje o produkcie. Pełne informacje o produkcie podawane są przed przystąpieniem do umowy ubezpieczenia i znajdują się w Warunkach Ubezpieczenia dla najemców nieruchomości od Ubezpieczającego o symbolu C8141 (zwanymi dalej: WU). Powyższe WU obowiązują od dnia 2 września 2024 roku.

Jakiego rodzaju jest to ubezpieczenie?

Niniejszy produkt jest ubezpieczeniem przeznaczonym dla najemców nieruchomości od spółek celowych wchodzących w skład portfela aktywów Funduszu Sektora Mieszkań na Wynajem FIZ lub Funduszu Sektora Mieszkań dla Rozwoju FIZ AN, chcących posiadać ochronę ubezpieczeniową w przypadku zajścia niespodziewanych zdarzeń losowych, takich jak:

- śmierć powstała w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- czasowa niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- trwała niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- utrata pracy
- stały uszczerbek na zdrowiu powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku
- poważne zachorowanie



Co jest przedmiotem ubezpieczenia?

- ✓ życie i zdrowie klienta w zakresie następstw nieszczęśliwych wypadków
- ✓ ryzyko utraty pracy oraz wystąpienia poważnego zachorowania

Klienci:

- których wiek nie przekracza 65. roku życia
- nie pobierający świadczenia rentowego lub emerytalnego
- zatrudnieni w oparciu o umowę na czas określony lub nieokreślony/kontrakt menadżerski/stosunek służbowy/prowadzący działalność gospodarczą

objęci są ochroną ubezpieczeniową w zakresie:

- śmierci powstałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku – suma ubezpieczenia w zależności od wybranej opcji ubezpieczenia: 6 000 zł/9 000 zł/12 000 zł/15 000 zł
- czasowej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku – suma ubezpieczenia w zależności od wybranej opcji ubezpieczenia: 1 000 zł miesięcznie/1 500 zł miesięcznie/2 000 zł miesięcznie/2 500 zł miesięcznie. Świadczenie wypłacane maksymalnie przez 6 miesięcy
- trwałej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku – suma ubezpieczenia w zależności od wybranej opcji ubezpieczenia: 6 000 zł/9 000 zł/12 000 zł/15 000 zł
- utraty pracy – suma ubezpieczenia w zależności od wybranej opcji ubezpieczenia: 1 000 zł miesięcznie/1 500 zł miesięcznie/2 000 zł miesięcznie/2 500 zł miesięcznie. Świadczenie wypłacane maksymalnie przez 6 miesięcy
- zwrot kosztów opłat eksploatacyjnych – suma ubezpieczenia: 1 200 zł lub 400 zł miesięcznie przez maksymalnie 6 miesięcy

Klienci:

- pomiędzy 65. a 75. rokiem życia, lub
- pobierający świadczenie rentowe lub emerytalne, lub
- niezatrudnieni w oparciu o umowę na czas określony lub nieokreślony/kontrakt menadżerski/stosunek służbowy/nie prowadzący działalności gospodarczej

objęci są ochroną ubezpieczeniową w zakresie:

- śmierci powstałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku – suma ubezpieczenia w zależności od wybranej opcji ubezpieczenia: 6 000 zł/9 000 zł/12 000 zł/15 000 zł
- stałego uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku nieszczęśliwego wypadku – suma ubezpieczenia w zależności od wybranej opcji ubezpieczenia: 6 000 zł/9 000 zł/12 000 zł/15 000 zł
- poważnego zachorowania – suma ubezpieczenia w zależności od wybranej opcji ubezpieczenia: 1 000 zł miesięcznie/1 500 zł miesięcznie/2 000 zł miesięcznie/2 500 zł miesięcznie. Świadczenie wypłacane maksymalnie przez 6 miesięcy
- zwrot kosztów opłat eksploatacyjnych – suma ubezpieczenia: 1 200 zł lub 400 zł miesięcznie przez maksymalnie 6 miesięcy

Szczegółowy opis przedmiotu i zakresu ubezpieczenia zawarty jest w § 3 WU.



Czego nie obejmuje ubezpieczenie?

- ✗ klientów, którzy nie zawarli umowy o wynajem nieruchomości od spółek celowych wchodzących w skład portfela aktywów Funduszu Sektora Mieszkań na Wynajem FIZ lub Funduszu Sektora Mieszkań dla Rozwoju FIZ AN
- ✗ klientów, którzy przekroczyli 75. rok życia



Jakie są ograniczenia ochrony ubezpieczeniowej?

- ! szkody powstałe na skutek zatrucia spowodowanego wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych
 - ! szkody na skutek zdarzeń powstałych w związku z profesjonalnym lub wyczynowym uprawianiem sportu
 - ! szkody spowodowane chorobą, która została zdiagnozowana i/lub leczona w ciągu 24 miesięcy przed przystąpieniem do ubezpieczenia – odpowiedzialność Warty jest wyłączona w okresie 12 miesięcy od dnia przystąpienia do ubezpieczenia (dotyczy poważnego zachorowania)
- Dodatkowo w przypadku utraty pracy:
- ! szkody spowodowane wygaśnięciem umowy o pracę lub stosunku służbowego lub kontraktu menadżerskiego zawartego na czas określony
 - ! szkody spowodowane wypowiedzeniem umowy o pracę lub stosunku służbowego lub kontraktu menadżerskiego przez klienta
 - ! pozostałe ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania lub jego obniżenia opisane są w § 3, § 5, § 6, § 8, § 9 WU



Gdzie obowiązuje ubezpieczenie?

✓ ubezpieczenie obowiązuje na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej



Co należy do obowiązków Ubezpieczonego?

- zapoznanie się z WU
- zapłata składki ubezpieczeniowej – dotyczy Ubezpieczającego (spółek celowych wchodzących w skład portfela aktywów Funduszu Sektora Mieszkań na Wynajem FIZ AN lub Funduszu Sektora Mieszkań dla Rozwoju FIZ AN)
- poinformowanie Warty za pośrednictwem spółek celowych wchodzących w skład portfela aktywów Funduszu Sektora Mieszkań na Wynajem FIZ AN lub Funduszu Sektora Mieszkań dla Rozwoju FIZ AN o zmianie danych osobowych oraz adresowych

Obowiązki w przypadku zgłoszenia roszczenia:

- zgłoszenie niezwłocznie do Warty szkody nie później niż w ciągu 30 dni od wystąpienia zdarzenia, jednak nie później niż w ciągu 14 dni po ustaniu okoliczności, które uniemożliwiały wcześniejsze zgłoszenie zdarzenia
- wypełnienie i podpisanie druku zgłoszenia szkody oraz dostarczenie dokumentów, o których mowa w § 8 WU

Szczegółowe informacje na temat obowiązków klienta podane są w § 8–9, § 11 WU.



Jak i kiedy należy opłacać składki?

Składka ubezpieczeniowa płatna jest przez spółki celowe wchodzące w skład portfela aktywów Funduszu Sektora Mieszkań na Wynajem FIZ AN lub Funduszu Sektora Mieszkań dla Rozwoju FIZ AN. Terminy regulowania składki ubezpieczeniowej określone są w umowie ubezpieczenia pomiędzy spółkami celowymi wchodzącymi w skład portfela aktywów Funduszu Sektora Mieszkań na Wynajem FIZ AN lub Funduszu Sektora Mieszkań dla Rozwoju FIZ AN i Wartą.



Kiedy rozpoczyna się i kończy ochrona ubezpieczeniowa?

Ochrona rozpoczyna się z dniem wskazanym przez spółkę celową wchodzącą w skład portfela aktywów Funduszu Sektora Mieszkań na Wynajem FIZ AN lub Funduszu Sektora Mieszkań dla Rozwoju FIZ AN w zgłoszeniu przesłanym do Warty i trwa przez jeden miesiąc, nie dłużej jednak niż przez czas obowiązywania umowy najmu nieruchomości pomiędzy klientem a spółką celową wchodzącą w skład portfela aktywów Funduszu Sektora Mieszkań na Wynajem FIZ AN lub Funduszu Sektora Mieszkań dla Rozwoju FIZ AN.

Po upływie pierwszego miesiąca ubezpieczenia, ochrona ubezpieczeniowa wznawiana jest na kolejne miesięczne okresy ubezpieczenia, chyba że zajdzie co najmniej jedna z poniżej wskazanych okoliczności.

Ochrona ubezpieczeniowa kończy się z upływem najwcześniejszej z poniższych dat:

- z dniem śmierci klienta
- z ostatnim dniem okresu odpowiedzialności w którym klient ukończył 75 lat
- z ostatnim dniem okresu odpowiedzialności przypadającym po dniu złożenia rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez klienta
- z chwilą wyczerpania się sumy ubezpieczenia
- z ostatnim dniem miesięcznego okresu ubezpieczenia, w którym nastąpiło rozwiązanie umowy o najem ze spółką celową wchodzącą w skład portfela aktywów Funduszu Sektora Mieszkań na Wynajem FIZ AN lub Funduszu Sektora Mieszkań dla Rozwoju FIZ AN

W przypadku rozwiązania lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność Warty ustaje z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia w stosunku do tych klientów, za których spółka celowa wchodząca w skład portfela aktywów Funduszu Sektora Mieszkań na Wynajem

FIZ AN lub Funduszu Sektora Mieszkań dla Rozwoju FIZ AN nie zapłaciła Warcie składki w okresie obowiązywania umowy ubezpieczenia.

Szczegółowe informacje na temat okresu ochrony ubezpieczeniowej znajdują się w § 4 WU.



Jak rozwiązać umowę?

Klient w dowolnym momencie może zrezygnować z ubezpieczenia za pomocą pisemnego bądź telefonicznego powiadomienia.

Szczegółowe informacje na temat rozwiązania umowy znajdują się w § 4 WU.

WARUNKI UBEZPIECZENIA DLA NAJEMCÓW NIERUCHOMOŚCI OD UBEZPIECZAJĄCEGO

Informacja o postanowieniach ogólnych 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)

RODZAJ INFORMACJI

Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia

Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia

NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ W WU

§ 3 ust. 1–8 WU

§ 5 ust. 2 WU

§ 6 WU

§ 8 ust. 4–5 WU

§ 9 ust. 4–8, 11–12, 14–16 i 18 WU

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Na podstawie niniejszych Warunków Ubezpieczenia (zwanych dalej: „WU”), Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji WARTA S.A. (zwane dalej: WARTA) udziela ochrony ubezpieczeniowej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie następstw nieszczęśliwych wypadków, utraty pracy oraz poważnego zachorowania.
2. Niniejsze WU stosuje się do umowy ubezpieczenia zawartej pomiędzy WARTA a Ubezpieczającym na rachunek klientów będących najemcami nieruchomości od Ubezpieczającego.

§ 2

1. **COKW** – Centrum Obsługi Klienta WARTA, jednostka organizacyjna WARTA, z którą Ubezpieczony lub osoba zgłaszająca zdarzenie ubezpieczeniowe kontaktuje się w razie zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego;
2. **choroby przewlekłe** – choroby o długotrwałym przebiegu, trwające zwykle miesiącami lub latami, stale bądź okresowo leczone;
3. **czasowa niezdolność do pracy** – niezdolność do pracy trwająca powyżej 30 dni stwierdzona przez lekarza i potwierdzona zaświadczeniem lekarskim wystawionym na stosownym druku (przy czym lekarzem wystawiającym zaświadczenie nie może być ubezpieczony lub współmałżonek ubezpieczonego);
4. **opłaty eksploatacyjne** – koszty ponoszone przez Ubezpieczonego, związane z użytkowaniem wynajmowanej nieruchomości od Ubezpieczającego (prąd, gaz, CO, wodno-kanalizacyjne, internet);
5. **nieszczęśliwy wypadek** – nagłe zdarzenie, wywołane przyczyną zewnętrzną, w którego następstwie Ubezpieczony niezależnie od swojej woli doznał uszkodzenia ciała, rozstroju zdrowia bądź zmarł;
6. **nowotwór (guz) złośliwy** – charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka. Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: rak nieinwazyjny (carcinoma in situ), dysplazja oraz wszelkie zmiany przedrakowe, rak gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a, T1b, T1c) lub odpowiadający mu stopień zaawansowania według innej klasyfikacji, wszelkie nowotwory skóry z wyjątkiem czerniaka złośliwego przekraczającego warstwę naskórka, rak brodawkowaty tarczycy ograniczony do gruczołu tarczycowego, wszelkie nowotwory współistniejące z infekcją HIV;
7. **niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek;
8. **operacja pomostowania naczyń wieńcowych** – 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;
9. **poważne zachorowanie** – jedno z poważnych zachorowań tj. operacja pomostowania naczyń wieńcowych, niewydolność nerek, nowotwór (guz) złośliwy, udar mózgu, zawał serca, przeszczepianie narządów, stwardnienie rozsiane, utrata wzroku, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności WARTY, z zastrzeżeniem § 6 ust. 2 WU;
10. **prawo do zasiłku** – decyzja wydana przez właściwą jednostkę administracyjną przyznająca wypłatę zasiłku dla bezrobotnych, zgodnie z ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz.U. z 2013 r., poz. 674 z późn. zm.).

11. **przeszczepianie narządów** – przeszczepienie osobie ubezpieczonej jako biorcy jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie ubezpieczonego na listę biorców oczekujących na przeszczep jednego z niżej wymienionych narządów: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, szpiku kostnego przy zastosowaniu komórek macierzystych krwi po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy. Przeszczep musi być zasadniczo medycznie i wynikający ze stwierdzenia i potwierdzenia nieodwracalnej, schyłkowej niewydolności narządu. Ubezpieczeniem nie są objęte przeszczepy wykorzystujące komórki macierzyste inne niż wyżej wymienione;
12. **sporty uprawiane wyczynowo lub zawodowo** – dyscypliny sportowe uprawiane w ramach sekcji lub klubów sportowych lub udział w zawodach, obozach kondycyjnych i występach w ramach przynależności do klubów sportowych, a także zarobkowe uprawianie dyscypliny sportu;
13. **sporty niebezpieczne (ekstremalne)** – sporty wysokiego ryzyka, uprawiane celem osiągnięcia maksymalnych wrażeń, za które uważa się: nurkowanie, alpinizm, wspinaczkę skałkową, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazdę gokartami, jazdę quadami, sporty motorowodne, sporty walki/sztuki walki, skoki na bungee, kolarstwo górskie, kajakerstwo, kanadyjkarstwo. Za sporty niebezpieczne uważa się również sporty uprawiane w warunkach ekstremalnych tj. w warunkach dużego ryzyka, często zagrożenia życia lub zdrowia związanego z żywiołami ziemi, wody lub powietrza np. jazdę na nartach poza oznakowanymi trasami zjazdowymi;
14. **stały uszczerbek na zdrowiu** – wyrażony procentowo stały (nieodwracalny) uszczerbek na zdrowiu powstały w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
15. **status bezrobotnego** – status uzyskany przez osobę zarejestrowaną w charakterze bezrobotnego we właściwym urzędzie w myśl obowiązujących przepisów prawa polskiego. Dzień uzyskania statusu bezrobotnego wskazany jest w wydanej przez właściwy urząd decyzji;
16. **stwardnienie rozsiane** – zespół mnogich ubytków neurologicznych wywołanych demielinizacją mózgu lub rdzenia kręgowego, utrzymujących się przez co najmniej 6 miesięcy. Rozpoznanie musi być ostateczne i postawione przez specjalistę neurologa oraz poprzedzone więcej niż jednym epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia;
17. **trwała niezdolność do pracy** – trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego powstałe w wyniku nieszczęśliwego wypadku w okresie trwania odpowiedzialności Ubezpieczyciela, stanowiące zgodnie z przepisami prawa podstawę do orzeczenia przez lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych całkowitej niezdolności do pracy na okres dłuższy niż 5 lat;
18. **ubezpieczający** – spółka celowa wchodząca w skład portfela aktywów Funduszu Sektora Mieszkań na Wynajem FIZ AN lub Funduszu Sektora Mieszkań dla Rozwoju FIZ AN, będąca właścicielem nieruchomości, płatnik składki ubezpieczeniowej;
19. **ubezpieczony** – osoba fizyczna, która wyraziła wolę na przystąpienie do ubezpieczenia i została zgłoszona do ubezpieczenia przez Ubezpieczającego i za którą została zapłacona składka;
20. **udar mózgu** – martwica tkanki mózgowej wywołana przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mózgowia lub krwotok do tkanki mózgowej przy współistnieniu wszystkich niżej wymienionych okoliczności: wystąpienie nowych klinicznych objawów neurologicznych odpowiadających udarowi mózgu, obecność obiektywnych ubytków neurologicznych stwierdzanych w badaniu neurologicznym przez okres min. 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu, obecność nowych zmian charakterystycznych dla udaru mózgu w obrazie tomografii komputerowej lub jądrowego rezonansu magnetycznego (o ile badania takie były przeprowadzone). Z ochrony ubezpieczeniowej wykluczone są: epizody przemijającego niedokrwienia mózgu (TIA), zawały mózgu lub krwawienia śródczaszkowe spowodowane zewnętrznym urazem, wtórne krwotoki do istniejących ognisk podurazowych, jakiegokolwiek zmiany w mózgu możliwe do rozpoznania metodami obrazowymi bez współistniejących odpowiadających tym zmianom objawów klinicznych;

- 21. Uprawniony** – osoba, podmiot upoważniony przez Ubezpieczonego do otrzymania świadczenia w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego. Gdy nie ma wskazanej osoby uprawnionej, świadczenie przysługuje członkom rodziny ubezpieczonego wg następującej kolejności: małżonkowi, dzieciom, rodzicom, innym spadkobiercom;
- 22. utrata pracy** – utrata pracy 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 umowy o pracę na czas określony lub nieokreślony oraz kontraktu menedżerskiego – rozwiązanie stosunku pracy lub stosunku służbowego, kontraktu menedżerskiego w rozumieniu przepisów polskiego prawa nie związane z wolą lub winą ubezpieczonego (np. wypowiedzenie umowy o pracę przez pracodawcę, rozwiązanie umowy o pracę przez pracodawcę bez wypowiedzenia, rozwiązanie umowy o pracę za porozumieniem stron na wniosek pracodawcy);
 - 2) w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą – spowodowane przyczynami ekonomicznymi zaprzestanie prowadzenia i wykreślenie wpisu z ewidencji działalności gospodarczej lub uprawnienie się postanowienia o ogłoszeniu upadłości osoby prowadzącej działalność gospodarczą lub uprawnienie się postanowienia sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego w sytuacji gdy:
 - a) w okresie ostatnich 3 miesięcy poprzedzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego firma ubezpieczonego ponosiła stratę, albo
 - b) ubezpieczony zaprzestał prowadzenia działalności gospodarczej wskutek obowiązujących na dzień zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego przepisów prawa uniemożliwiających prowadzenie działalności firmy ubezpieczonego, albo
 - c) pracodawca rozwiązał z ubezpieczonym umowę cywilno-prawną w ramach której ubezpieczony wykonywał działalność swojej firmy lub w przypadku osób fizycznych pozostających w stosunku pracy ze spółką kapitałową, w której one same lub osoby bliskie posiadają więcej niż 10% kapitału zakładowego
- uprawnienie się postanowienia o ogłoszeniu upadłości spółki albo uprawnienie się wyroku sądu oddalającego wniosek o ogłoszenie upadłości z powodu braku wystarczającego majątku na zaspokojenie kosztów postępowania upadłościowego lub zaprzestanie prowadzenia działalności gospodarczej przez spółkę i wykreślenie jej z odpowiedniego rejestru;
- 23. utrata wzroku** – całkowita i nieodwracalna oboczna utrata wzroku spowodowana nagłym zachorowaniem lub urazem. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez okulistę. Ubezpieczenie nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym;
- 24. zawał serca** – rozpoznanie dokonanej martwicy części mięśnia sercowego wywołanej nagłym wstrząsem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, z współistniejącym co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego: typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego, jeden z następujących objawów EKG wskazujących na świeże niedokrwienie mięśnia sercowego: nowo powstałe uniesienie lub obniżenie odcinka ST-T, odwrócenie załamka T, nowe patologiczne załamki Q lub nowo powstały blok lewej odnogi pęczka Hisa. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje innych ostrych zespółów wieńcowych;
- 25. zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte ochroną ubezpieczeniową na podstawie niniejszych warunków ubezpieczenia odpowiednio: zdarzenie utraty pracy/ śmierć ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku/ czasowa niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku/ trwała niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku/ stały uszczerbek na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku nieszczęśliwego wypadku/ poważne zachorowanie.

Przedmiot i zakres ochrony ubezpieczeniowej § 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia następstw nieszczęśliwych wypadków jest życie i zdrowie Ubezpieczonego.
2. Przedmiotem ubezpieczenia jest także zdarzenie poważnego zachorowania oraz utrata pracy przez Ubezpieczonego, powstałe z przyczyn niezależnych od winy i woli Ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 3
3. WARTA udziela ochrony ubezpieczeniowej:
 - 1) Ubezpieczonym, których wiek nie przekracza 65 roku życia lub nie pobierają świadczenia rentowego lub emerytalnego wypłacanego przez właściwy organ rentowy/ emerytalny lub są zatrudnieni w oparciu o umowę na czas określony lub nieokreślony/kontrakt menedżerski/stosunek służbowy/ prowadzi działalność gospodarczą, z zastrzeżeniem ust. 5–7 w zakresie:
 - a) śmierci powstałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - b) czasowej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - c) trwałej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - d) utraty pracy.
 - 2) Ubezpieczonym, niespełniającym choć jednego z warunków udzielenia ochrony ubezpieczeniowej wskazanych w pkt 1) i nie przekraczającym 75 roku życia, zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie:
 - a) śmierci powstałej w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - b) stałego uszczerbku na zdrowiu powstałego w wyniku nieszczęśliwego wypadku;
 - c) poważnego zachorowania.
4. WARTA udziela również ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zwrotu kosztów opłat eksploatacyjnych ponoszonych przez Ubezpieczonego w związku z użytkowaniem wynajmowanej nieruchomości od Ubezpieczającego.
5. Zakres ochrony ubezpieczeniowej ustalany jest przez Ubezpieczającego w porozumieniu z Ubezpieczonym.
6. W przypadku gdy Ubezpieczony przestaje spełniać którykolwiek z warunków ubezpieczenia wskazanych w ust. 3 pkt 1), od kolejnego okresu odpowiedzialności następującego po okresie odpowiedzialności w którym przestał spełniać wskazany warunek, Ubezpieczony zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie wskazanym w ust. 3 pkt 2).
7. W przypadku gdy Ubezpieczony przebywa na urlopie macierzyńskim/ rodzicielskim/ wychowawczym, zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie wskazanym w ust. 3 pkt 2).
8. W przypadku gdy Ubezpieczony objęty jest ochroną ubezpieczeniową w zakresie wskazanym w ust. 3 pkt 1), w trakcie danego okresu odpowiedzialności rozpoczyna urlop macierzyński/rodzicielski/wychowawczy, od kolejnego okresu odpowiedzialności zostaje objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie wskazanym w ust. 3 pkt 2). Po zakończeniu urlopu macierzyńskiego/rodzicielskiego/wychowawczego, ubezpieczony od kolejnego okresu odpowiedzialności po zakończeniu wspomnianego powyżej urlopu, zostanie objęty ochroną ubezpieczeniową w zakresie wskazanym w ust. 3 pkt 1).
9. W zakresie ubezpieczenia utraty pracy, ochroną ubezpieczeniową obejmowane są osoby które:
 - 1) pracują na podstawie umowy o pracę/stosunku służbowego/kontraktu menedżerskiego i były zatrudnione w okresie co najmniej 90 dni (w sposób ciągły) przed przystąpieniem do ubezpieczenia i nie są w okresie wypowiedzenia, lub
 - 2) prowadzą działalność gospodarczą, przez co najmniej 6 miesięcy przed przystąpieniem do ubezpieczenia oraz do dnia przystąpienia do ubezpieczenia nie został złożony wniosek o wyrejestrowanie działalności gospodarczej lub wniosek o upadłość lub likwidację spółki i nie mają zaległości w spłacie swoich zobowiązań wynikających z prowadzonej działalności gospodarczej, w szczególności wobec Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz Urzędu Skarbowego (US).

Okres odpowiedzialności § 4

1. Okres odpowiedzialności WARTY wobec poszczególnych Ubezpieczonych rozpoczyna się z dniem wskazanym przez Ubezpieczającego w zgłoszeniu do ubezpieczenia i trwa jeden miesiąc, z zastrzeżeniem ust. 2–4.
2. Po upływie pierwszego okresu odpowiedzialności WARTY, ochrona ubezpieczeniowa przedłużana jest automatycznie na kolejne miesięczne okresy odpowiedzialności na warunkach obowiązujących w dniu kontynuacji, chyba że Ubezpieczający przed upływem pierwszego lub kolejnego okresu odpowiedzialności złoży Ubezpieczającemu oświadczenie o rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej.
3. Odpowiedzialność WARTY kończy się z upływem najwcześniejszej z poniższych dat:
 - 1) z dniem śmierci Ubezpieczonego.
 - 2) z ostatnim dniem okresu odpowiedzialności w którym Ubezpieczony ukończył 75 lat.
 - 3) z ostatnim dniem okresu odpowiedzialności przypadającym po dniu złożenia rezygnacji z ochrony ubezpieczeniowej przez Ubezpieczonego.
 - 4) z chwilą wyczerpania się sumy ubezpieczenia.
 - 5) z ostatnim dniem okresu odpowiedzialności, w którym nastąpiło rozwiązanie umowy najmu z Ubezpieczającym.
4. W przypadku rozwiązania lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia, odpowiedzialność WARTY ustaje z dniem rozwiązania lub odstąpienia od umowy ubezpieczenia w stosunku do tych Ubezpieczonych, za których nie została zapłacona składka w okresie obowiązywania umowy.

Rodzaje i wysokość świadczeń § 5

1. Z tytułu umowy ubezpieczenia WARTA wypłaca następujące świadczenia:
 - 1) **jednorazowe świadczenie** w wysokości sumy ubezpieczenia – w odniesieniu do zdarzeń określonych w § 3 ust. 3 pkt. 1) ppkt. a) i c) oraz pkt 2) ppkt. a);
 - 2) **miesięczne świadczenie** za każde 30 dni czasowej niezdolności do pracy, pozostawania bez pracy lub poważnego zachorowania, nie dłużej jednak niż przez 6 miesięcy – w odniesieniu do zdarzenia określonego w § 3 ust. 3 pkt. 1) ppkt. b) i d) oraz pkt 2) ppkt c), z zastrzeżeniem ust. 2.
 - 3) **miesięczne świadczenie** w wysokości 400 zł, nie dłużej jednak niż przez 6 miesięcy w przypadku zdarzenia określonego w § 3 ust. 3 pkt. 1) ppkt b) i d) oraz pkt 2) ppkt c), z zastrzeżeniem że zakres ubezpieczenia obejmuje również zwrot kosztów o których mowa w § 3 ust. 4.
 - 4) **jednorazowe świadczenie** w wysokości 1200 zł, w przypadku zdarzenia określonego w § 3 ust. 3 pkt. 1) ppkt a) i c) oraz pkt 2) ppkt a) i b), z zastrzeżeniem że zakres ubezpieczenia obejmuje również zwrot kosztów o których mowa w § 3 ust. 4.
 - 5) **jednorazowe świadczenie** w wysokości orzeczonego przez lekarzy WARTY procentowi stałego uszczerbku na zdrowiu w stosunku do sumy ubezpieczenia – w odniesieniu do zdarzenia określonego w § 3 ust. 3 pkt. 2) ppkt b), zgodnie z tabelą poniżej:

Rodzaj stałego uszczerbku na zdrowiu	% stałego uszczerbku na zdrowiu
całkowita utrata wzroku w jednym oku	30%
całkowita utrata wzroku	100%
całkowita utrata słuchu w jednym uchu	15%
całkowita utrata słuchu	60%
całkowita utrata jednej kończyny górnej w obrębie ramienia	65%
całkowita utrata jednej dłoni lub przedramienia	65%
całkowita utrata obu kończyn górnych w obrębie ramienia	90%
całkowita utrata jednej kończyny dolnej powyżej kolana	55%
całkowita utrata jednej kończyny dolnej od lub poniżej kolana	50%
całkowita utrata obu kończyn dolnych	90%
całkowita utrata jednej stopy	30%
całkowita utrata obu stóp	70%
całkowita utrata kciuka	15%
całkowita utrata palca wskazującego	10%
całkowita utrata innego palca	5%

2. W przypadku gdy zdarzenie ubezpieczeniowe z tytułu utraty pracy zajdzie w okresie pierwszych 60 dni (w przypadku osób zatrudnionych na podstawie umowy o pracę na czas określony lub nieokreślony oraz kontraktu menedżerskiego)/90 dni (w przypadku osób prowadzących działalność gospodarczą) dni od momentu rozpoczęcia pierwszego okresu odpowiedzialności, WARTA wypłaci świadczenie w wysokości 10% jednego miesięcznego świadczenia określonego w ust. 1 pkt 2) lub 3).

Wyłączenia odpowiedzialności § 6

1. WARTA nie ponosi odpowiedzialności za szkody powstałe na skutek:
 - 1) działań wojennych, stanu wyjątkowego, strajków, zamieszek, rozruchów, bójek, buntu, rewolucji, powstania, aktów terrorystycznych,
 - 2) wybuchu, skażenia toksycznego, działania promieniowania jonizującego lub skażenia radioaktywnego pochodzącego z jakiegokolwiek źródła wykorzystującego energię jądrową (nie wyłączając działania broni oraz innych urządzeń i ich komponentów), a w szczególności z paliwa jądrowego lub z jakichkolwiek odpadów promieniotwórczych powstałych w wyniku reakcji rozpadu albo syntezy jądrowej,
 - 3) winy umyślnej Ubezpieczonego lub osób, z którymi Ubezpieczony pozostaje w wspólnym gospodarstwie domowym,
 - 4) rażącego niedbalstwa Ubezpieczonego chyba że zapłata odszkodowania odpowiada w danych okolicznościach względem słuszności,
 - 5) chorób zawodowych, przewlekłych, tropikalnych, chronicznych,
 - 6) prowadzenia wszelkiego rodzaju pojazdów (lądowego, powietrznego, wodnego) przez Ubezpieczonego bez wymaganych prawem uprawnień, względnie w związku ze spożyciem alkoholu, zażycie narkotyków lub innych środków odurzających,
 - 7) usiłowania lub popełnienia przez Ubezpieczonego przestępstwa lub samobójstwa,
 - 8) usiłowania lub dokonania samookaleczenia a także usiłowania lub dokonania przez osobę trzecią okaleczenia Ubezpieczonego na jego prośbę,
 - 9) zaburzeń psychicznych Ubezpieczonego lub napadów epileptycznych,
 - 10) działania Ubezpieczonego w związku z użyciem alkoholu, narkotyków lub innych środków odurzających/toksycznych, substancji psychotropowych oraz środków zastępczych lub leków o podobnym działaniu, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,

- 11) zatrucia spowodowanego wpływem alkoholu, narkotyków, środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych zgodnie z przepisami o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem sytuacji gdy spożycie środków nastąpiło zgodnie z zaleceniami lekarza,
- 12) zakażenie wirusem HIV lub chorobą AIDS,
- 13) operacji plastycznych, o ile nie były wskazane jako leczenie następstw nieszczęśliwych wypadków,
- 14) ciąży, chyba że wiąże się z pobytem w szpitalu,
- 15) posługiwania się wszelkiego rodzaju ogniami sztucznymi, petardami lub innymi środkami pirotechnicznymi, materiałami wybuchowymi,
- 16) poddania Ubezpieczonego leczeniu, terapii, eksperymentom medycznym lub zabiegom o charakterze medycznym bez względu na to, przez kogo były wykonane,
- 17) zdarzeń powstałych w związku z profesjonalnym lub wyczynowym uprawianiem sportów,
- 18) zdarzeń zaistniałych podczas uprawiania sportów ekstremalnych,
2. Odpowiedzialność Ubezpieczyciela w odniesieniu do każdego z Ubezpieczonych w okresie 12 miesięcy od dnia objęcia ochroną ubezpieczeniową Ubezpieczonego jest wyłączona, w przypadku zajścia poważnego zachorowania, jeżeli poważne zachorowanie nastąpiło wskutek choroby zdiagnozowanej i/lub leczonej w ciągu 24 miesięcy poprzedzających przystąpienie do ubezpieczenia.
3. Ponadto w przypadku utraty pracy odpowiedzialność WARTY jest wyłączona gdy:
 - 1) Ubezpieczony podjął jakąkolwiek pracę zarobkową,
 - 2) Ubezpieczony wykonuje pracę sezonową lub świadczy usługi w oparciu o umowę zlecenie, o dzieło lub inną o podobnym charakterze,
 - 3) wygaśnięcie umowy o pracę lub stosunek służbowy lub kontrakt menedżerski zawarty na czas określony,
 - 4) zostanie wypowiedziana umowa o pracę lub stosunek służbowy lub kontrakt menedżerski przez Ubezpieczonego lub rozwiązana umowa o pracę lub stosunek służbowy lub kontrakt menedżerski za porozumieniem stron na wniosek Ubezpieczonego,
4. WARTA nie ponosi odpowiedzialności z tytułu utraty pracy również jeżeli:
 - 1) w chwili przystąpienia Ubezpieczony wiedział lub mógł wiedzieć, że zostanie bezrobotnym lub wiedział o planowanych zwolnieniach grupowych w zakładzie pracy lub planach restrukturyzacji, tj. jeżeli zatrudniający go pracodawca dokonał przynajmniej jednej z następujących czynności:
 - a) złożył Ubezpieczonemu oświadczenie o wypowiedzeniu dotychczasowych warunków pracy lub płacy,
 - b) zakomunikował zakładowej organizacji związkowej zamiar wypowiedzenia Ubezpieczonemu umowy o pracę,
 - c) zawiadomił zakładowe organizacje związkowe albo powiatowy urząd pracy o zamiarze przeprowadzenia zwolnień grupowych,
 - d) poinformował Ubezpieczonego o przejściu zakładu pracy lub jego części na nowego pracodawcę,
 - e) pracodawca złożył wniosek o ogłoszenie upadłości, likwidacji lub rozpoczął postępowanie układowe zakładu pracy.
 - 2) w chwili przystąpienia do ubezpieczenia Ubezpieczony uzyskiwał wynagrodzenie z tytułu już nie świadczonej pracy.
5. WARTA nie ponosi odpowiedzialności gdy utrata pracy nastąpiła w związku z zakończeniem stosunku pracy lub kontraktu menedżerskiego:
 - 1) z osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą, która jest krewnym lub powinowatym Ubezpieczonego do drugiego stopnia pokrewieństwa,
 - 2) ze spółką osobową w której wspólnikiem lub krewnym jest powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia pokrewieństwa,
 - 3) ze spółką kapitałową, w której krewny lub powinowaty Ubezpieczonego do drugiego stopnia pokrewieństwa posiada ponad 50% udziałów/akcji lub jest członkiem jej władz statutowych (nie dotyczy sytuacji, kiedy akcje przedsiębiorstwa notowane są na giełdzie papierów wartościowych).
6. Ponadto WARTA nie ponosi odpowiedzialności jeżeli okres pozostawania bez pracy w wyniku czasowej niezdolności do pracy lub w skutek utraty pracy trwał krócej niż 30 dni.
7. WARTA nie wypłaca świadczenia w przypadkach, gdy wypłata świadczenia naraziłaby WARTA na jakiegokolwiek handlowe lub gospodarcze sankcje, zakazy lub restrykcje wprowadzone bezwzględnie obowiązującymi przepisami prawa, w tym rezolucjami ONZ, regulacjami Unii Europejskiej, lub wprowadzonymi decyzjami uprawnionych organów Wielkiej Brytanii lub Stanów Zjednoczonych Ameryki.

Suma ubezpieczenia § 7

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez Ubezpieczającego w porozumieniu z Ubezpieczonym zgodnie z dostępnymi opcjami i wariantami ubezpieczenia zgodnie z poniższą tabelą:

Warianty ubezpieczenia	Zakres ubezpieczenia	Opcja 1	Opcja 2	Opcja 3	Opcja 4	Opcja dodatkowa
		Suma ubez.	Suma ubez.	Suma ubez.	Suma ubez.	Suma ubez.
Wariant I	Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku	6000 zł	9000 zł	12000 zł	15000 zł	1200 zł
	Czasowa niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku	1000 zł miesięcznie – maks. przez 6 miesięcy	1500 zł miesięcznie – maks. przez 6 miesięcy	2000 zł miesięcznie – maks. przez 6 miesięcy	2500 zł miesięcznie – maks. przez 6 miesięcy	400 zł miesięcznie – maks. przez 6 miesięcy
	Trwała niezdolność do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku	6000 zł	9000 zł	12000 zł	15000 zł	1200 zł
Wariant II	Utrata pracy	1000 zł, miesięcznie – maks. przez 6 miesięcy	1500 zł, miesięcznie – maks. przez 6 miesięcy	2000 zł, miesięcznie – maks. przez 6 miesięcy	2500 zł, miesięcznie – maks. przez 6 miesięcy	400 zł, miesięcznie – maks. przez 6 miesięcy
	Śmierć w wyniku nieszczęśliwego wypadku	6000 zł	9000 zł	12000 zł	15000 zł	1200 zł
	Stały uszczerbek na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku	6000 zł	9000 zł	12000 zł	15000 zł	1200 zł
	Poważne zachorowanie	1000 zł miesięcznie – maks. przez 6 miesięcy	1500 zł miesięcznie – maks. przez 6 miesięcy	2000 zł miesięcznie – maks. przez 6 miesięcy	2500 zł miesięcznie – maks. przez 6 miesięcy	400 zł miesięcznie – maks. przez 6 miesięcy

2. Suma ubezpieczenia z tytułu:
 - 1) śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) trwałej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) stałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, określona jest na jedno i wszystkie zdarzenia w okresie od dnia rozpoczęcia okresu odpowiedzialności WARTY do dnia zakończenia odpowiedzialności WARTY zgodnie z § 4 ust. 2–4 i stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY z tytułu tego zdarzenia ubezpieczeniowego, z zastrzeżeniem ust. 3 oraz § 5 ust. 1 pkt 5).
3. Suma ubezpieczenia z tytułu:
 - 1) czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - 2) utraty pracy,
 - 3) poważnego zachorowania, określona jest na jedno zdarzenie i stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY z tytułu tego zdarzenia ubezpieczeniowego z zastrzeżeniem ust. 4, § 5 ust. 2 oraz § 9 ust. 11. Świadczenie ubezpieczeniowe wypłacane jest nie dłużej niż przez 6 miesięcy z tytułu zajścia jednego zdarzenia ubezpieczeniowego.
4. Suma ubezpieczenia z tytułu zwrotu kosztów opłat eksploatacyjnych o których mowa w § 3 ust. 4:
 - 1) śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 2) trwałej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku,
 - 3) stałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku nieszczęśliwego wypadku, określona jest w wysokości 1200 zł i jest określona na jedno zdarzenie i stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY z tytułu tego zdarzenia ubezpieczeniowego.
5. Suma ubezpieczenia z tytułu zwrotu kosztów opłat eksploatacyjnych o których mowa w § 3 ust. 4:
 - 1) czasowej niezdolności do pracy Ubezpieczonego,
 - 2) utraty pracy,
 - 3) poważnego zachorowania, określona jest w wysokości nie wyższej niż 2400 zł i jest określona na jedno zdarzenie i stanowi górną granicę odpowiedzialności WARTY z tytułu tego zdarzenia ubezpieczeniowego z zastrzeżeniem § 9 ust. 11.

Postępowanie w razie wystąpienia szkody § 8

1. W przypadku wystąpienia zdarzenia objętego ochroną ubezpieczeniową, Ubezpieczony, spadkobierca Ubezpieczonego, Uprawniony lub spadkobierca Uprawnionego zobowiązany jest:
 - 1) zgłosić zdarzenie do COKW w terminie 30 dni od dnia wystąpienia zdarzenia, jednak nie później niż w ciągu 14 dni po ustaniu okoliczności uniemożliwiających wcześniejsze zgłoszenie zdarzenia, podając dane kontaktowe (imię, nazwisko, adres,) oraz krótki opis zdarzenia,
 - 2) postępować zgodnie ze wskazówkami udzielonymi przez przedstawiciela COKW, w szczególności poprzez przekazanie do WARTY, w trybie uzgodnionym z przedstawicielem COKW wypelnionego i podpisanego druku zgłoszenia szkody wraz ze stosownymi dokumentami.
2. Dokumentami, o których mowa w ust. 1 są, w przypadku:
 - 1) śmierci w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
 - a) skrócony odpis aktu zgonu Ubezpieczonego,
 - b) dokument zawierający informację o przyczynach i okolicznościach zgonu, wystawiony przez upoważnioną instytucję,
 - 2) trwałej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
 - a) decyzja lekarza orzecznika ZUS,
 - 3) czasowej niezdolności do pracy w wyniku nieszczęśliwego wypadku:
 - a) oświadczenie Ubezpieczonego, że w danym okresie jest niezdolny do pracy oraz nie wykonuje pracy zarobkowej,
 - b) kopia dokumentacji medycznej dotyczącej nieszczęśliwego wypadku,
 - c) kopia zwolnienia lekarskiego wystawiona na stosownym druku,
 - d) zaświadczenie z ZUS lub zakładu pracy o pobieraniu zasiłku chorobowego z ubezpieczenia społecznego,
 - 4) utrata pracy:
 - a) oświadczenie Ubezpieczonego, że utracił ostatnio wykonywaną pracę oraz nie wykonuje jakiegokolwiek innej pracy zarobkowej,
 - b) kopia świadectwa pracy określającego tryb rozwiązania umowy o pracę, którą Ubezpieczony ostatnio wykonywał,
 - c) kopia dokumentu stwierdzającego zarejestrowanie Ubezpieczonego jako bezrobotnego w Urzędzie Pracy,
 - 5) utrata pracy – dotyczy osób prowadzących działalność gospodarczą:
 - a) oświadczenie Ubezpieczonego, że nie wykonuje jakiegokolwiek innej pracy zarobkowej,
 - b) kopia dokumentu wydanego przez właściwy urząd stwierdzającego uzyskanie/posiadanie przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego,
 - c) zaświadczenie o wyrejestrowaniu działalności gospodarczej z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub z Krajowego Rejestru Sądowego (lub prawomocne postanowienie sądu o ogłoszeniu upadłości spółki lub postanowienie w przedmiocie oddalenia wniosku o ogłoszenie upadłości ze względu na brak wystarczającego majątku do przeprowadzenia postępowania upadłościowego) oraz
 - d) w zależności od sytuacji:
 - zaświadczenie z Urzędu Skarbowego, że przez 3 miesiące poprzedzające zajście zdarzenia ubezpieczeniowego firma Ubezpieczonego przynosiła stratę lub inny dokument potwierdzający ten fakt (m.in. księga przychodów i rozchodów prowadzonej działalności, odpowiednie deklaracje PIT wraz z potwierdzeniem ich złożenia), albo
 - oświadczenie Ubezpieczonego zawierające szczegółowe wskazanie podstawy prawnej, która bezpośrednio wpłynęła na wyrejestrowanie działalności gospodarczej przez Ubezpieczonego, albo
 - oświadczenie pracodawcy o rozwiązaniu umowy cywilno-prawnej z Ubezpieczonym,
 - 6) poważnego zachorowania:
 - a) dokumentacja lekarska związana z leczeniem i rozpoznaniem poważnego zachorowania;
 - b) wyniki badań potwierdzających wystąpienie poważnego zachorowania;
 - 7) stałego uszczerbku na zdrowiu na skutek nieszczęśliwego wypadku:
 - a) kopia dokumentacji medycznej dotyczącej nieszczęśliwego wypadku,
 - b) kopia zwolnienia lekarskiego wystawiona na stosownym druku.
3. Ubezpieczony ma obowiązek udostępnić także inne wskazane przez WARTĘ dokumenty, potrzebne do ustalenia okoliczności i przyczyn wystąpienia zdarzenia.
4. Jeżeli z winy umyślnej lub rażącego niedbalstwa Ubezpieczony 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 wypadku.
5. W razie niedopełnienia któregokolwiek z pozostałych obowiązków, o których mowa w ust. 2–4 WARTA może odmówić wypłaty świadczenia lub je odpowiednio zmniejszyć o ile miało to wpływ na ustalenie okoliczności zdarzenia bądź ustalenie rozmiarów szkody.

Zasady wypłaty świadczenia § 9

1. Świadczenie wypłacane jest na rzecz Ubezpieczonego lub Uprawnionego.
2. Ustalenie zasadności wypłaty świadczenia następuje na podstawie przedłożonych dokumentów określonych w § 8. WARTA wypłaca świadczenie na podstawie uznania roszczenia, ugody lub prawomocnego orzeczenia sądowego.

3. Świadczenie z tytułu stałego uszczerbku na zdrowiu wypłacane jest w wysokości takiego procentu sumy ubezpieczenia, w jakim Ubezpieczony doznał stałego uszczerbku na zdrowiu.
4. Przy ustaleniu procentu stałego uszczerbku na zdrowiu nie bierze się pod uwagę specjalności zawodowej Ubezpieczonego.
5. Procent stałego uszczerbku na zdrowiu określany jest na podstawie dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczonego oraz tabeli wskazanej w § 5 ust. 1 pkt 5).
6. W przypadku dłuższego leczenia procent stałego uszczerbku na zdrowiu określa się najpóźniej w 24 miesiące od daty zajścia nieszczęśliwego wypadku.
7. W przypadku utraty lub uszkodzenia organu, narządu czy układu, których funkcje przed wypadkiem były już upośledzone wskutek choroby lub stałego uszczerbku na zdrowiu, procent stałego uszczerbku na zdrowiu związany z wypadkiem określa się jako różnicę pomiędzy stopniem uszczerbku na zdrowiu po wypadku, a stanem przed tym wypadkiem.
8. Jeżeli Ubezpieczony otrzymał jednorazowe świadczenie z tytułu stałego uszczerbku na zdrowiu, a następnie zmarł na skutek tego samego wypadku, świadczenie z tytułu śmierci wypłaca się po potrąceniu wypłaconej uprzednio kwoty.
9. Jeżeli okres pozostawania bez pracy na skutek utraty pracy lub w wyniku niezdolności do pracy trwał dłużej niż 30 dni, WARTA wypłaca miesięczne świadczenie za okres od daty wystąpienia zdarzenia, zgodnie z niniejszymi warunkami ubezpieczenia.
10. Kolejne miesięczne świadczenia wypłacane są przez WARTĘ po każdym kolejnym 30 dniowym okresie posiadania przez Ubezpieczonego statusu bezrobotnego z prawem do zasiłku, maksymalnie zaistnienia przez okres 6 miesięcy, liczony od daty zdarzenia ubezpieczeniowego.
11. W przypadku zaistnienia w czasie trwania odpowiedzialności WARTY kilku zdarzeń objętych ubezpieczeniem, WARTA wypłaci więcej niż jedno świadczenie, jeżeli kolejne zdarzenie wystąpiło nie wcześniej niż 6 miesięcy od dnia wypłaty świadczenia/ostatniej raty świadczenia z tytułu poprzedniego zdarzenia. Wypłata świadczenia nastąpi zgodnie z zasadami określonymi w ust. 2 i 3.
12. W przypadku podjęcia pracy trwającej nie dłużej niż 3 miesiące (na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej) w czasie wypłaty świadczenia z tytułu utraty pracy wypłata jest zawieszana. Wznowienie wypłaty świadczenia następuje po zakończeniu pracy tymczasowej, przy czym suma wypłaconych świadczeń miesięcznych wypłaconych przed podjęciem pracy tymczasowej i po zakończeniu pracy tymczasowej, nie może przekroczyć liczby 6 miesięcznych świadczeń.
13. Jeżeli Ubezpieczony utracił pracę w trybie uniemożliwiającym mu uzyskanie świadczenia, a następnie doprowadził do zmiany kwalifikacji trybu rozwiązania umowy o pracę na mocy prawomocnego wyroku sądu, świadczenie przysługuje od daty utraty pracy.
14. Zasadność kontynuacji wypłacania miesięcznych świadczeń z tytułu utraty stałego źródła dochodów, musi być potwierdzana przez Ubezpieczonego w kolejnych miesiącach. Dokumenty potwierdzające status bezrobotnego z prawem do zasiłku z Urzędu Pracy powinny być dostarczone niezwłocznie po ich wydaniu bądź dokonaniu stosownej adnotacji. Niedostarczenie dokumentów w podanym terminie powoduje wstrzymanie wypłaty świadczenia.
15. Zasadność kontynuacji wypłacania miesięcznych świadczeń z tytułu czasowej niezdolności do pracy, musi być potwierdzana przez Ubezpieczonego w kolejnych miesiącach. Dokument potwierdzający czasową niezdolność do pracy w postaci zwolnienia lekarskiego wystawiony na stosownym druku, powinien być dostarczony niezwłocznie po jego wystawieniu. Niedostarczenie dokumentów w podanym terminie powoduje wstrzymanie wypłaty świadczenia.
16. Jeżeli czasowa niezdolność do pracy lub utrata stałego źródła dochodów występują jednocześnie, świadczenie jest wypłacane z tytułu tylko jednego zdarzenia.
17. WARTA może wystąpić do Ubezpieczonego albo jego przedstawiciela ustawowego o wyrażenie pisemnej zgody na wystąpienie WARTY do podmiotów, które udzielały świadczeń zdrowotnych Ubezpieczonemu w celu uzyskania informacji związanych z weryfikacją podanych przez tę osobę danych o jej stanie zdrowia, ustaleniu praw osoby do świadczenia z tytułu zawartej umowy ubezpieczenia i wysokości tego świadczenia w szczególności do lekarzy, którzy nad Ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę po wypadku.
18. WARTA może odmówić świadczenia lub je zmniejszyć w wypadku odmowy udzielenia zgody na uzyskanie informacji, o których mowa w ust. 18 jeżeli miało to wpływ na ustalenie istnienia lub zakresu jej odpowiedzialności.
19. W uzasadnionych przypadkach budzących wątpliwość co do uznania roszczenia, WARTA może skierować Ubezpieczonego na specjalistyczne badania lekarskie, które odbywają się na koszt WARTY i są przeprowadzane przez lekarzy powołanych przez WARTĘ.
20. WARTA zastrzega sobie prawo do zasięgnięcia opinii specjalistów oraz weryfikacji wszelkich dokumentów przedłożonych przez Ubezpieczonego lub osoby reprezentujące jego interesy.
21. WARTA wypłaca świadczenie w terminach zgodnych z postanowieniami § 10.

Określenie terminu wypłaty świadczeń **§ 10**

1. WARTA zobowiązana jest spełniać należne świadczenie w terminie 30 dni od daty zawiadomienia 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. Bezsprorną 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 podając okoliczności, podstawę prawną oraz informując o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze postępowania sądowego.

Przejęcie roszczeń na WARTĘ **§ 11**

1. Z dniem wypłaty świadczenia przechodzi na WARTĘ przysługujące Ubezpieczonemu roszczenie do osoby trzeciej odpowiedzialnej za szkodę, do wysokości wypłaconego odszkodowania. Ubezpieczony zobowiązany jest zapewnić WARCIE możliwość dochodzenia roszczeń odszkodowawczych wobec osób odpowiedzialnych za szkodę.
2. Roszczenie, o którym mowa w ust. 1. powyżej, nie przechodzi na WARTĘ, jeśli sprawcą szkody jest osoba, z którą Ubezpieczony pozostaje we wspólnym gospodarstwie domowym lub pracownik Ubezpieczonego, chyba że osoba ta wyrządziła szkodę umyślnie.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest dostarczyć WARCIE wszelkie informacje i dokumenty oraz dokonać czynności niezbędnych dla skutecznego dochodzenia praw przez WARTĘ.

Skargi i zażalenia **§ 12**

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,
 - 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>),
 - 2) Rzecznik Finansowy (strona www: <https://www.rf.gov.pl>).
 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>.

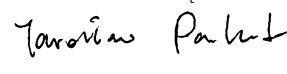
Postanowienia końcowe **§ 13**

1. Do umów ubezpieczenia zawieranych na podstawie niniejszych WU stosuje się prawo polskie. Językiem obowiązującym jest język polski.
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych WU stosuje się odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej oraz inne obowiązujące przepisy prawne.
3. Wszystkie zmiany i odstąpienia od postanowień niniejszych WU są sporządzane w formie pisemnej pod rygorem nieważności.
4. Zgodnie z art. 4 c Ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych (Towarzystwo Ubezpieczeń i Reasekuracji „WARTA” Spółka Akcyjna, spełniając obowiązek nałożony przedmiotową ustawą oświadcza, że jest dużym przedsiębiorcą w rozumieniu art. 4 pkt 6 ww. ustawy.
5. Niniejsze WU wchodzi w życie 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
ADMINISTRATOR PRAWNA I DANE KONTAKTOWE	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 www.warta.pl .	
ZAKRES I ŹRÓDŁO DANYCH		WARTA uzyskuje Pani/Pana dane osobowe od Ubezpieczającego w związku z zawarciem umowy ubezpieczenia.
CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH	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, przez okres obowiązywania umowy, przez okres likwidacji szkody w przypadku zgłoszenia szkody lub innego roszczenia oraz przez czas trwania ewentualnych postępowań sądowych związanych z dochodzonym 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.	
DO CZEGO PRZYSŁUGUJE PANI/PANU PRAWO	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 Pani/Pana zgody lub na podstawie zawartej 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: IOD@warta.pl .	
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	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: IOD@warta.pl lub drogą pisemną pod adresem siedziby WARTY podanym powyżej. Dane inspektora dostępne są na stronie internetowej: www.warta.pl w zakładce „Kontakt”. Kontakt z agentem ubezpieczeniowym jest możliwy osobiście lub drogą telefoniczną.	
ODBIORCY DANYCH	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.	
INNE ŹRÓDŁA POZYSKIWANIA DANYCH	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 wewnętrznych, 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.
OBOWIAZEK PODANIA DANYCH	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.	