Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia Warta Opieka dla Ciebie 55 plus, zatwierdzonych Uchwałą nr 120/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 27 maja 2025 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej

Rodzaj Informacji	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 1 OWU § 1 § 3 § 4 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 1 § 3 § 6 § 7

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA
Warta Opieka dla Ciebie 55 plus

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia Warta Opieka dla Ciebie 55 plus stosuje się w umowie dodatkowego ubezpieczenia stanowiącej rozszerzenie ochrony ubezpieczeniowej w ramach umowy ubezpieczenia zawieranej lub zawartej z TUnŻ „WARTA" S.A.
2. W niniejszych ogólnych warunkach umowy dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie następujące definicje:
   1) **badania medyczne** – procedury medyczne w zakresie badań: laboratoryjnych, radiologicznych, ultrasonograficznych, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, przeprowadzone na podstawie skierowania lekarza prowadzącego leczenie;
   2) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu;
   3) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będącą przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy ubezpieczenia oraz jej komplikacje;
   4) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
   5) **członek najbliższej rodziny** – biologiczni rodzice ubezpieczonego, biologiczne rodzeństwo ubezpieczonego;
   6) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania lub wypadku, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 24 godziny, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie;
   7) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz niebędący lekarzem uprawnionym, który prowadzi leczenie uprawnionego na skutek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
   8) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
   9) **miejsce pobytu** – miejsce pobytu ubezpieczonego lub osoby uprawnionej do opieki na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu;
   10) **nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
   11) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu pobytu, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
   12) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczona przez ubezpieczonego do opieki osoba zamieszkała na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi;
   13) **OWU** – ogólne warunki umowy ubezpieczenia zawieranej lub zawartej przez ubezpieczającego z TUnŻ „WARTA" S.A.;
   14) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia Warta Opieka dla Ciebie 55 plus;
   15) **przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej** – stan zagrożenia życia, który powinien być zgłaszany bezpośrednio do pogotowia ratunkowego, obejmujący poniższe przypadki medyczne:
      a) utrata przytomności,
      b) zaburzenia świadomości,
      c) drgawki, nagły, ostry ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca, nasilona duszność, nagły ostry ból brzucha, uporczywe wymioty,
      d) gwałtownie postępujący poród,
      e) ostre i nasilone reakcje uczuleniowe (wysypka, duszność) będące efektem zażycia leku,
      f) ukąszenia, czy użądlenia przez jadowite zwierzęta,
      g) zatrucia lekami, środkami chemicznymi czy gazami,
      h) rozległe oparzenia, udar cieplny, wyziębienie organizmu, porażenie prądem, podtopienie lub utonięcie,
      i) agresja spowodowana chorobą psychiczną, dokonana próba samobójcza,
      j) upadek z dużej wysokości,
      k) rozległa rana, będąca efektem urazu,
      l) urazy kończyny dolnej uniemożliwiające samodzielne poruszanie się,
      m) inne przypadki medyczne, które zgodnie z wiedzą medyczną stanowią stan zagrożenia życia;
   16) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub inny podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (za wyjątkiem sanatorium i lecznictwa uzdrowiskowego), działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej;
   17) **rok polisowy** – dla pierwszego roku polisowego okres rozpoczynający się w dacie początku okresu ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia i kończący się w dniu poprzedzającym pierwszą rocznicę polisy, dla kolejnych lat okres rozpoczynający się w rocznicę polisy i kończący się w dniu poprzedzającym najbliższą rocznicę polisy;
   18) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, kołnierze, rower rehabilitacyjny, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, temblak, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka

szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy;

19) **szpital** – działający na terenie Rzeczpospolitej Polskiej zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy, zakład leczniczy, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą (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; za szpital nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), sanatorium, uzdrowiska, domu opieki, ani innej placówki, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
20) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z TUnŻ „WARTA" S.A. dotyczącą realizacji świadczeń określonych w niniejszej umowie dodatkowego ubezpieczenia;
21) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia Warta Opieka dla Ciebie 55 plus zawierana na podstawnie niniejszego OWUD;
22) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu Warta Opieka dla Ciebie 55 plus polegające na:
    a) nagłym zachorowaniu ubezpieczonego,
    b) wypadku ubezpieczonego.

3. Jeżeli OWUD nie stanowią inaczej, określenia zdefiniowane w OWU umowy ubezpieczenia używane są w OWUD w tym samym znaczeniu.

Zawarcie i czas trwania umowy

§2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Umowę dodatkowego ubezpieczenia może zawrzeć osoba, która w dniu rozpoczęcia ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 56 lat i nie ukończyła 80 lat.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku:
    a) jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostał mniej niż rok, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia,
    b) umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia,
    c) oświadczenie, o którym mowa w lit b), powinno być doręczone drugiej stronie na piśmie, najpóźniej na miesiąc przed upływem okresu ubezpieczenia,
    d) umowa dodatkowego ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę okresów ubezpieczenia, ale nie dłużej niż do dnia poprzedzającego najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 80 lat.
4. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU.
6. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w pozostałym zakresie.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. Ubezpieczyciel zobowiązuje się do realizacji świadczeń z tytułu Warta Opieka dla Ciebie 55 plus – określonych w Tabeli nr 1.
3. Zakres i opis świadczeń, limity świadczeń w przypadku zajścia danego zdarzenia ubezpieczeniowego objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu Warta Opieka dla Ciebie 55 plus, wskazane są w Tabeli 1.

Tabela nr 1

Lp.	Zakres i opis świadczeń w przypadku nagłego zachorowania ubezpieczonego lub wypadku ubezpieczonego	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego
1	Transport medyczny: a) z miejsca pobytu do placówki medycznej, b) z placówki medycznej do innej placówki medycznej, c) z placówki medycznej do miejsca pobytu.	usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym
	Opis: Jeśli ubezpieczony wymaga transportu medycznego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu; transport jest organizowany, o ile nie zachodzi przypadek wymagający pilnej interwencji medycznej.	
2	Wizyta osoby bliskiej w razie hospitalizacji ubezpieczonego	usługa wymieniona w pkt a) jest świadczona do łącznej kwoty 750 zł na jedno zdarzenie; usługa wymieniona w pkt b) jest świadczona do łącznej kwoty 200 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym
	Opis: Jeśli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia zwrot kosztów do określonego limitu dla jednej wyznaczonej osoby przez ubezpieczonego w zakresie: a) zakwaterowania w hotelu w pobliżu szpitala, w którym znajduje się ubezpieczony, b) zakupu biletów autokarowych lub kolejowych (do i ze szpitala).	

Lp.	Zakres i opis świadczeń w przypadku nagłego zachorowania ubezpieczonego lub wypadku ubezpieczonego	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego
3	Opieka nad osobami niesamodzielnymi Opis: Jeśli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczony będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty do określonego limitu: a) przewozu osób niesamodzielnych w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu, albo b) przewozu osoby uprawnionej do opieki nad osobami niesamodzielnymi z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu osoby niesamodzielnej i jej powrotu.	usługi wymienione w pkt a)-b) są świadczone do łącznej kwoty 700 zł na jedno zdarzenie (w tym koszty dojazdu)
4	Opieka nad zwierzętami Opis: Jeśli zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczonego, ubezpieczony będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację przewozu psów lub kotów ubezpieczonego do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokrywa koszty tego przewozu do określonego limitu.	maksymalnie do 5 dni, do kwoty 500 zł; maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym
5	Rehabilitacja Opis: Jeśli zgodnie z udokumentowanym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczony wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel zorganizuje proces rehabilitacji i pokryje koszty rehabilitanta, koszty zleconych zabiegów do określonego limitu.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 2 000 zł na jedno zdarzenie
6	Zakup lub wypożyczenie sprzętu rehabilitacyjnego Opis: Jeśli zgodnie z udokumentowanym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego do określonego limitu.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie
7	Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego Opis: Jeśli zgodnie z udokumentowanym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu; ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa ich koszty do określonego limitu.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie
8	Dostawa leków Opis: Jeśli zgodnie z udokumentowanym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie ubezpieczony wymaga leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu do określonego limitu; ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego.	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie
9	Opieka domowa po hospitalizacji Opis: Jeśli ubezpieczony jest hospitalizowany przez okres powyżej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia konieczna jest po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty opieki domowej do określonego limitu; usługa opieki domowej obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu: sprzątaniu podłóg na sucho i na mokro, ścieraniu kurzy z mebli i parapetów, odkurzaniu dywanów i wykładzin, sprzątaniu łazienki, zmywaniu naczyń, czyszczeniu zlewu, czyszczeniu płyty kuchennej, wyrzucaniu śmieci, podlewaniu kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony.	maksymalnie do 15 dni, do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń w roku polisowym
10	Konsultacja u laryngologa Opis: Jeśli lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego wystawi ubezpieczonemu skierowanie do lekarza laryngologa, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty konsultacji laryngologa do określonego limitu.	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 150 zł
11	Zakup aparatu słuchowego Opis: Jeśli lekarz laryngolog stwierdzi niedosłuch ubezpieczonego i wystawi ubezpieczonemu zlecenie na aparat słuchowy, ubezpieczyciel na podstawie dostarczonego przez ubezpieczonego, rachunku potwierdzającego zakup aparatu słuchowego, zwróci koszty zakupu aparatu słuchowego do określonego limitu.	maksymalnie 1 zdarzenie, do kwoty 1500 zł

Lp.	Zakres i opis świadczeń w przypadku nagłego zachorowania ubezpieczonego lub wypadku ubezpieczonego	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego
12	Dostosowanie miejsca pobytu Opis: Jeśli ubezpieczony posiada orzeczenie o zakwalifikowaniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty do określonego limitu dostosowania miejsca pobytu do potrzeb osoby niepełnosprawnej w zakresie oporęczowania: ciągów komunikacyjnych, WC i łazienek.	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 4 000 zł
13	Sprzątanie grobów najbliższych Opis: Jeśli lekarz prowadzący leczenie ubezpieczonego, zalecił ubezpieczonemu leżenie w domu po zakończeniu hospitalizacji trwającej przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel w okresie do 30 dni od daty zdarzenia ubezpieczeniowego zapewnia organizację oraz pokrywa koszty do określonego limitu sprzątania grobów członków najbliższej rodziny.	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 200 zł
14	Wizyta lekarska lekarza pierwszego kontaktu Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty: wizyty lekarza pierwszego kontaktu w miejscu pobytu ubezpieczonego, albo wizyty ubezpieczonego w placówce medycznej, do określonego limitu.	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie
15	Wizyta pielęgniarki Opis: Ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki do określonego limitu.	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie
16	Konsultacje telefoniczne z lekarzem pierwszego kontaktu Opis: Ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty telekonsultacji lekarskich do określonego limitu.	maksymalnie 6 konsultacji w roku polisowym
17	Badania medyczne po wypadku Opis: W sytuacji, gdy ubezpieczony zgodnie z udokumentowanym skierowaniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga przeprowadzenia badań medycznych, ubezpieczyciel zorganizuje i pokrywa koszty badań medycznych do określonego limitu.	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 1000 zł na jedno zdarzenie
18	Zdrowotne usługi informacyjne w zakresie: a) danych teleadresowych: a. państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, b. placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, c. placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, d. aptek czynnych przez całą dobę, e. domów pomocy społecznej, hospicjów, b) informacji na temat: a. działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami, b. przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, c. diet, zdrowego odżywiania się. Opis: Ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu dostęp do zdrowotnych usług informacyjnych.	nie dotyczy

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, pod warunkiem zapłacenia składki o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w OWU, nie później jednak niż w dzień poprzedzający najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 80 lat.

Składka

§5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki w wysokości określonej w polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Składkę z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.

Świadczenia i realizacja świadczeń

§6

1. Zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia Warta Opieka dla Ciebie 55 plus obejmuje świadczenia określone w Tabeli nr 1 wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczpospolitej Polskiej.

2. Uprawnionym do otrzymania określonych świadczeń w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia Warta Opieka dla Ciebie 55 plus jest ubezpieczony.
3. W razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego, ubezpieczyciel w ramach świadczeń wymienionych w pkt 1) - 18) Tabeli nr 1 zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych w tej Tabeli limitów w kolumnie „Limity świadczeń w ciągu roku polisowego".
4. Podane limity obowiązują w ramach zawartej umowy dodatkowego ubezpieczenia Warta Opieka dla Ciebie 55 plus.
5. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń. Ubezpieczony jest zobowiązany, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym całą dobę.
6. Ubezpieczony kontaktujący się z centrum operacyjnym, o którym mowa w ust. 5 powinny podać następujące informacje:
   1) nr PESEL ubezpieczonego,
   2) imię i nazwisko ubezpieczonego,
   3) adres miejsca pobytu,
   4) numer polisy,
   5) okres ubezpieczenia,
   6) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
   7) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
   8) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
7. Ubezpieczony zobowiązany jest na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, karty wypisowe ze szpitala, recepty, faktury i rachunki dokumentujące poniesione koszty.
8. Jeżeli ubezpieczony z przyczyn niezależnych od siebie nie mógł skontaktować się telefonicznie z centrum operacyjnym w sposób, o którym mowa w ust. 5, zobowiązany jest w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie się z centrum operacyjnym stało się możliwe, powiadomić o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto ubezpieczony zobowiązany jest podać przyczynę niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym.
9. Jeżeli ubezpieczony wskutek niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym, o którym mowa w ust. 5 we własnym zakresie zorganizował i pokrył koszty usług, o których mowa w Tabeli nr 1, ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrotu ubezpieczonemu poniesionych przez niego ww. kosztów, do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości limitu kwotowego odpowiedzialności ustalonego dla danej usługi.
10. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia o zaistniałym zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie określonym w ust. 8, ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
11. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i poniesienie kosztów tj. dokumentu stwierdzającego przyczyny i zakres udzielonej pomocy oraz rachunków i dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez ubezpieczonego, w granicach limitów określonych w Tabeli nr 1.

Wyłączenia odpowiedzialności

§7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Warta Opieka dla Ciebie 55 plus jest wyłączona w przypadku:
   1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczpospolitej Polskiej,
   2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terenem Rzeczpospolitej Polskiej,
   3) kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel również nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach),
   4) wizyty lekarskiej u stomatologa, jeśli nie dotyczą skutków wypadku,
   5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
      a) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
      b) leczenia ubezpieczonego wynikającego lub będącego konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
      c) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
      d) poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
      e) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
      f) zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do

0,25 mg w 1 dm3 wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm3 wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony,

g) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego lub inną osobę przy jego współudziale lub za jego namową,
h) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,
i) rutynowych kontroli zdrowotnych i profilaktycznych,
j) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
k) chorób ubezpieczonego związanych z wirusem HIV,
l) chorób psychicznych lub zburzeń psychicznych ubezpieczonego,
m) chorób przewlekłych ubezpieczonego.

2. W przypadku badań medycznych po wypadku odpowiedzialnością ubezpieczyciela poza wskazanymi w ust. 1 wyłączeniami nie są dodatkowo objęte zdarzenia powstałe w wyniku udziału ubezpieczonego w bójce, z wyłączeniem działań w obronie koniecznej.

§8

1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§9

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 120/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A., wprowadzone w życie z dniem 27 maja 2025 roku.

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

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