

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

SPIS TREŚCI

I. Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie	3
1. Postanowienia ogólne	3
2. Przedmiot i zakres ubezpieczenia	4
3. Suma ubezpieczenia	4
4. Zawarcie umowy ubezpieczenia	4
5. Składka	5
6. Indeksacja	5
7. Czas trwania odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń	7
8. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	7
9. Wyłączenia z zakresu odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń	7
10. Ustalenie i wypłata świadczeń zakładu ubezpieczeń	8
11. Postanowienia końcowe	10
II. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	12
III. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku	15
IV. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania	20
V. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego	24
VI. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego	28
VII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Dzielne Świadczenie Szpitalne	33
VIII. Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY	39
IX. Katalog Poważnych Zachorowań WARTA	48
X. Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA	50
XI. Katalog operacji WARTA	54

Ogólne Warunki Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie

POSTANOWIENIA OGÓLNE

§ 1

1. Niniejsze Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna, zwane dalej ubezpieczycielem, z ubezpieczającymi.
2. Użyte w niniejszych OWU określenia oznaczają:
 - 1) **ubezpieczający** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, zawierającą umowę ubezpieczenia,
 - 2) **ubezpieczony** – osobę fizyczną, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia,
 - 3) **uprawniony** – osobę fizyczną, prawną lub jednostkę organizacyjną nie posiadającą osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie,
 - 4) **umowa ubezpieczenia** – umowę, przez którą ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę,
 - 5) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowę ubezpieczenia zawieraną na podstawie Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia stanowiących Załączniki do OWU,
 - 6) **suma ubezpieczenia** – sumę pieniężną określoną w umowie ubezpieczenia, będącą podstawą ustalania wysokości świadczenia ubezpieczyciela,
 - 7) **świadczenie ubezpieczyciela** – sumę pieniężną, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia,
 - 8) **rocznica polisy** – rocznicę zawarcia umowy ubezpieczenia,
 - 9) **składka** – składkę wynikającą z umowy ubezpieczenia,
 - 10) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez ubezpieczyciel, przy uwzględnieniu, publikowanego przez GUS, wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych.
 - 11) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, stanowiący dowód zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU,
 - 12) **miesiąc ubezpieczeniowy** – pierwszy miesiąc ubezpieczeniowy oznacza miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; jeśli umowa ubezpieczenia zawarta jest w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego, to kolejne miesiące ubezpieczeniowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w ostatnich dniach miesięcy kalendarzowych; w przeciwnym przypadku kolejne miesiące ubezpieczeniowe oznaczają miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego lub ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego jeśli dzień o takim numerze nie istnieje.

PRZEDMIOT I ZAKRES UBEZPIECZENIA

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego. W przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym obejmującym ryzyko zgonu ubezpieczonego.
3. W ramach umowy ubezpieczenia możliwe jest rozszerzenie zakresu ochrony, o którym mowa w ust. 2, o dodatkowe ryzyka poprzez zawarcie dodatkowych umów ubezpieczenia.

SUMA UBEZPIECZENIA

§ 3

1. Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu, na podstawie wskazania ubezpieczającego we wniosku.
2. Suma ubezpieczenia podlega indeksacji na zasadach określonych w § 6 OWU.

ZAWARCIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 4

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, na okres nie krótszy niż 5 lat i nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 70 rok życia (okres ubezpieczenia).
2. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia zakładowi ubezpieczeń wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 15 lat i nie ukończyła 65 lat.
3. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie kompletnie wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, skierowanego do ubezpieczyciela na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
4. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje się oceny ryzyka ubezpieczeniowego.
5. Dokumenty, o których mowa w ust. 4, stanowią załączniki do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
6. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku, względnie do sporządzenia nowego wniosku, w terminie 14 dni licząc od daty otrzymania przez ubezpieczającego wezwania na piśmie, z zastrzeżeniem, iż w razie niewykonania wezwania ubezpieczyciela umowa ubezpieczenia może nie dojść do skutku.
7. Ubezpieczyciel może przed zawarciem umowy ubezpieczenia skierować ubezpieczonego na badania lekarskie; koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
8. Umowa ubezpieczenia w zakresie, o którym mowa w § 2 OWU, jest zawarta w dniu oznaczonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
9. W zakresie i na zasadach określonych w Ogólnych Warunkach Tymczasowej Ochrony Ubezpieczeniowej umowa ubezpieczenia trwa od dnia doręczenia do siedziby ubezpieczyciela poprawnie wypełnionego i podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia wraz z dowodem opłacenia składki w wysokości ustalonej przez ubezpieczyciela.

10. Wszystkie dane ubezpieczonego oraz osób uprawnionych do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela, uzyskane przez ubezpieczyciela w związku z zawarciem lub wykonywaniem umowy ubezpieczenia stają się jej integralną częścią.

SKŁADKA

§ 5

1. Z tytułu zawarcia umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości wskazanej w umowie ubezpieczenia.
2. Składka może być opłacana:
 - 1) jednorazowo lub
 - 2) okresowo - miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie - zgodnie z wyborem ubezpieczającego.

Wybrana częstotliwość opłacania składki wskazywana jest we wniosku.

3. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę najpóźniej w dniu podpisania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę, w przypadku okresowego opłacania składki, ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić do pierwszego dnia okresu, za który składka jest należna.
4. Za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela. W przypadku, gdy zawarta została dodatkowa umowa ubezpieczenia, za dzień wpłaty składki uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia, w tym umów dodatkowych, na rachunek wskazany przez ubezpieczyciela.
5. W przypadku niezapłacenia składki przez ubezpieczającego w terminie określonym w ust. 3, ubezpieczyciel wzywa ubezpieczającego do opłacenia w terminie dwóch miesięcy ubezpieczeniowych od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki, wszystkich zaległych składek należnych za okres od dnia wymagalności pierwszej zaległej składki do dnia upływu ww. terminu informując go jednocześnie, że nie uiszczenie składek w tym terminie skutkować będzie rozwiązaniem umowy ubezpieczenia wraz z bezskutecznym upływem tego terminu.
6. Ubezpieczyciel może zażądać od ubezpieczającego zapłaty odsetek od zaległych składek, o których mowa w ust. 5.
7. Składka obliczana jest na podstawie: częstotliwości płatności składki, wieku, płci, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej, wysokości sumy ubezpieczenia, okresu ubezpieczenia oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka. Ubezpieczyciel może uzależnić wysokość składki od zakwalifikowania ubezpieczającego jako stałego klienta lub klienta spełniającego kryteria ustalone przez ubezpieczyciela.

INDEKSACJA

§ 6

1. Z zastrzeżeniem postanowień § 8, składka płacona okresowo z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, w każdą rocznicę polisy, podlega indeksacji dokonywanej przez ubezpieczyciela.
2. Indeksacja składki, o której mowa w ust. 1, polega na jej podwyższeniu o wskaźnik indeksacji. W związku z podwyższeniem składki z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w wyniku indeksacji oraz zgodnie z § 7 ust. 1 podwyższeniu ulega suma ubezpieczenia.

3. Wysokość podwyższenia sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, wyliczana jest m.in. w oparciu o wysokość wzrostu składki z tytułu umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym w związku z indeksacją, wiek ubezpieczonego w momencie dokonywania indeksacji oraz okres jaki pozostał od momentu dokonania indeksacji do zakończenia trwania umowy.
4. Podwyższenie sumy ubezpieczenia, o której mowa w ust. 2, powoduje indeksację składek z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia.
5. Poziom indeksacji składki z tytułu dodatkowych umów ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o podwyższenie sumy ubezpieczenia.

§ 7

1. Ubezpieczający, niezależnie od indeksacji, ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie składki opłacanej okresowo o 10%, 20% lub 30% na 60 dni przed najbliższą rocznicą polisy przypadającą bezpośrednio po zajściu co najmniej jednego z poniższych zdarzeń:
 - 1) zawarciu przez ubezpieczonego związku małżeńskiego,
 - 2) urodzeniu się dziecka ubezpieczonemu,
 - 3) przysposobieniu przez ubezpieczonego dziecka.
2. W przypadku podwyższenia składki, o którym mowa w ust. 1, mają zastosowanie postanowienia § 6 OWU.

§ 8

1. Ubezpieczyciel informuje ubezpieczającego o wysokości zindeksowanej składki i sumy ubezpieczenia na 30 dni przed każdą rocznicą polisy, z zastrzeżeniem ustępów poniższych.
2. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenia o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki, podwyższona w wyniku indeksacji składka i suma ubezpieczenia obowiązują od dnia rocznicy polisy, w związku z którą następuje indeksacja. Wyrażenie zgody na indeksację składki przez ubezpieczającego, nie wymaga formy pisemnej.
3. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania informacji, o której mowa w ust. 1, doręczy zakładowi ubezpieczeń oświadczenie o odmowie wyrażenia zgody na indeksację składki, wysokość składki i sumy ubezpieczenia nie ulegają zmianie.
4. Jeżeli ubezpieczający w dwóch kolejnych, następujących bezpośrednio po sobie rocznicach polisy odmówi indeksacji składki z tytułu umowy w zakresie podstawowym, indeksacja w kolejnych latach ulega zawieszeniu.
5. W czasie zawieszenia indeksacji ubezpieczyciel nie przedstawia ubezpieczającemu informacji, o której mowa w ust. 1.
6. Wznowienie indeksacji składki, po okresie jej zawieszenia, o którym mowa w ust. 4, następuje na podstawie wniosku ubezpieczającego, doręczonego zakładowi ubezpieczeń nie później niż na 60 dni przed rocznicą polisy. Ubezpieczyciel ma prawo uzależnić wznowienie indeksacji składki od uzyskania dodatkowych informacji dotyczących stanu zdrowia ubezpieczonego.
7. Niezależnie od postanowień ust. 4 i ust. 5 składka nie podlega indeksacji w ostatnich dwóch latach okresu ubezpieczenia.
8. Ubezpieczający w oświadczeniu, o którym mowa w ust. 3, może wnioskować o indeksację składki w wysokości 50% wskaźnika indeksacji podanego przez ubezpieczyciel.

CZAS TRWANIA ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 9

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

ROZWIĄZANIE UMOWY UBEZPIECZENIA

§ 10

1. Umowa ubezpieczenia rozwiązuje się wskutek:
 - 1) odstąpienia od umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego,
 - 3) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki na zasadach, określonych w § 5 ust. 5,
 - 4) zgonu ubezpieczonego – z dniem zgonu,
 - 5) upływu okresu na jaki została zawarta.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 11

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty doręczenia mu polisy.
2. Ubezpieczający może wypowiedzieć umowę ubezpieczenia w każdym czasie jej obowiązywania, bez ważnych przyczyn, w formie pisemnej pod rygorem nieważności, z zachowaniem miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się od dnia doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu umowy ubezpieczenia do siedziby ubezpieczyciela.

§ 12

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

WYŁĄCZENIA Z ZAKRESU ODPOWIEDZIALNOŚCI UBEZPIECZYCIELA

§ 13

Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:

- 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia,

- 2) działań wojennych, stanu wojennego,
- 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 4) poddania się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
- 5) zarażenia się wirusem HIV, jeżeli zgon nastąpił przed upływem 5 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia.

USTALENIE I WYPŁATA ŚWIADCZEŃ UBEZPIECZYCIELA

§ 14

1. Świadczenia z tytułu zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel wypłaca osobom uprawnionym w wysokościach ustalonych w oparciu o postanowienia §1 5 oraz – w przypadku zawarcia dodatkowych umów ubezpieczenia – w oparciu o właściwe postanowienia Ogólnych Warunków Ubezpieczeń Dodatkowych, z zastrzeżeniem postanowień § 16 ust. 8.
2. Osobami uprawnionymi do otrzymania świadczeń ubezpieczyciela są osoby wskazane przez ubezpieczonego jako uprawnione, a w razie braku wskazania osoby wymienione w § 18 ust. 4.
3. Ubezpieczyciel pisemnie informuje ubezpieczającego o zmianach w umowie ubezpieczenia zgodnie z trybem i wymaganiami w ustawie o działalności ubezpieczeniowej, a ubezpieczający jest zobowiązany do przekazania tych informacji ubezpieczonemu w drodze pisemnej, w terminie nie dłuższym niż 7 dni od daty otrzymania ww. informacji od ubezpieczyciela. Niezależnie od powyższego ubezpieczyciel zobowiązany jest do przekazania tych informacji ubezpieczonemu jeśli wystąpi on o ich udzielenie.

§ 15

Z tytułu zgonu ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu zgonu ubezpieczonego.

§ 16

1. Świadczenia, wypłacane są na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia, do którego osoba uprawniona zobowiązana jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciel niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Po otrzymaniu zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, w terminie 7 dni od dnia otrzymania tego zawiadomienia, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmuje postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości świadczenia, a także informuje osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela lub wysokości świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
3. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni, licząc od daty otrzymania wniosku o wypłatę świadczenia.
4. Gdyby w terminie określonym w ust. 3 wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się

niemożliwe, świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.

5. Dniem wypłaty świadczenia jest dzień uznania rachunku osoby na rzecz której świadczenie jest spełniane, kwotą należnego świadczenia bądź dzień odebrania przez osobę na rzecz, której świadczenie jest spełniane, w przypadku gdy wypłata następuje przekazem pocztowym.
6. W razie odmowy wypłaty świadczenia, ubezpieczyciel zobowiązany jest uzasadnić swoje stanowisko na piśmie, w którym pouczy uprawnionego o przysługującym mu prawie dochodzenia swych roszczeń na drodze sądowej.
7. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego z umowy ubezpieczenia.
8. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek lub jakichkolwiek innych należności z tytułu umowy ubezpieczenia lub umów dodatkowych, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek wraz z należnymi odsetkami, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
9. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji zakładowi ubezpieczeń przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
10. Jeżeli przy rozpatrywaniu wniosku o wypłatę świadczenia okaże się, że we wniosku została błędnie podana data urodzin ubezpieczonego, to wysokość świadczenia zostanie odpowiednio skorygowana.

§ 17

1. Ubezpieczony może wskazać osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia ubezpieczyciela na wypadek zgonu ubezpieczonego zarówno przed zawarciem umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
2. Wskazanie uprawnionego może również polegać na stwierdzeniu, że uprawnionym jest każdy okaziciel polisy. W tym przypadku postanowienia § 18 ust. 4 nie mają zastosowania.
3. Ubezpieczony ma prawo w każdym czasie obowiązywania umowy ubezpieczenia zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
4. Ubezpieczony składa wniosek o zmianę osoby uprawnionej na formularzu ubezpieczyciela.
5. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożenia do ubezpieczyciela wniosku o zmianę osoby uprawnionej.

§ 18

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jedną osobę uprawnioną do otrzymania świadczenia, świadczenie wypłaca się osobie uprawnionej w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu; jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w sumie ubezpieczenia przyjmuje się, iż udziały tych osób w sumie ubezpieczenia są równe.
2. W przypadku wskazań kwotowych lub jeżeli suma wskazań procentowych jest wyższa niż 100% sumy ubezpieczenia, przyjmuje się, że udziały osób uprawnionych w sumie ubezpieczenia są równe.

3. Jeżeli uprawniony umyślnie spowodował zgon ubezpieczonego lub przyczynił się do jego zgonu, to traci on prawo do świadczenia ubezpieczyciela; tracą prawo do świadczenia również osoby, które mogłyby ustawowo dziedziczyć po uprawnionym, pod warunkiem, że nie są to osoby, o których mowa w ust. 4.
4. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał uprawnionego, albo gdy uprawniony w dniu zgonu ubezpieczonego nie żył lub utracił prawo do świadczenia, osobami wskazanymi, uprawnionymi do świadczenia, są członkowie rodziny zmarłego, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek,
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka,
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci,
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po ubezpieczonym.
5. Jeżeli osobą uprawnioną jest okaziciel polisy, to duplikat polisy nie może być wydany.

POSTANOWIENIA KOŃCOWE

§ 19

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

§ 20

1. Zawiadomienia i oświadczenia, w związku z umową ubezpieczenia, powinny być składane na piśmie, pod rygorem nieważności.
2. Jeżeli ubezpieczający zmienił adres zamieszkania lub siedziby i nie powiadomił o tym ubezpieczyciela, przyjmuje się, że ubezpieczyciel wypełnił swój obowiązek zawiadomienia lub oświadczenia wysyłając pismo pod ostatni znany mu adres.
3. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciel.
4. Przez dzień złożenia wniosku do ubezpieczyciela (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku przez ubezpieczyciela) rozumie się dzień doręczenia kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku na adres siedziby ubezpieczyciela.
5. Skargi i zażalenia zgłaszane przez ubezpieczającego lub uprawnionego powinny być doręczane na adres siedziby ubezpieczyciela, w formie pisemnej, pod rygorem pozostawienia bez rozpoznania. Skargi i zażalenia rozpatrywane są przez ubezpieczyciela w terminie 30 dni od daty ich doręczenia, z zastrzeżeniem ust.6.
6. Gdyby w powyższym terminie rozpatrzenie skarg i zażaleń okazało się niemożliwe ze względu na nie wyjaśnienie wszystkich okoliczności, wówczas rozpatrzenie nastąpi w ciągu 14 dni licząc od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe.
7. Informacja o wyniku rozpatrzenia zgłoszonej skargi lub zażalenia, o których mowa w ust. 3 przekazywana jest osobie zgłaszającej w formie pisemnej. Organem właściwym do rozpatrywania skarg i zażaleń jest jednostka organizacyjna ubezpieczyciela wyznaczona do spraw rozpatrywania reklamacji i innych skarg.

§ 21

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU.
2. Dodatkowe umowy ubezpieczenia, stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 22

1. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
2. Bieg przedawnienia roszczenia o świadczenie do ubezpieczyciela przerywa się przez zgłoszenie zakładowi ubezpieczeń tego roszczenia lub przez zgłoszenie zdarzenia objętego ubezpieczeniem.

§ 23

1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego oraz ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową.
2. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
3. Wszelkie obowiązki ubezpieczyciela wynikające z bezwzględnie obowiązujących przepisów prawa, w tym obowiązki informacyjne, będą realizowane zgodnie z wymogami przepisów prawa obowiązującymi na dzień realizacji danego obowiązku. W szczególności w przypadku, gdy przepisy prawa obowiązujące na dzień realizacji danego obowiązku będą przewidywały węższy zakres zobowiązań, niż wynikający z niniejszych OWU, lub nie będą nakładały na ubezpieczyciel określonego obowiązku, zakres zobowiązań ciążyący na zakładzie ubezpieczeń będzie ustalany na podstawie ww. przepisów prawa.

§ 24

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 179/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA VITA” S.A. z późn.zm.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Zgonu Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

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

§ 2

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

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

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.

4. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
5. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zgonu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później niż w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

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

- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 7

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 8

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 179/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA VITA” S.A z późn.zm.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Powstania Inwalidztwa Ubezpieczonego w Wyniku Wypadku

§ 1

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

§ 2

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

- 1) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 2) **inwalidztwo** – całkowite lub częściowe inwalidztwo,
- 3) **całkowite inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez ubezpieczyciela, jest niezdolny do pracy przez okres co najmniej 12 miesięcy,
- 4) **częściowe inwalidztwo** – powstałe w wyniku wypadku, w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, uszkodzenie ciała ubezpieczonego, polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem, wymienione w tabeli zdarzeń, o której mowa w § 7 niniejszych Warunków,
- 5) **niezdolność do pracy** – niezdolność do wykonywania każdego zatrudnienia, w warunkach innych niż specjalnie stworzone lub na innych niż specjalne stanowiska pracy, tj. w warunkach odpowiednio przystosowanych do charakteru i stopnia naruszenia sprawności organizmu ubezpieczonego,
- 6) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, doręczonego ubezpieczycielowi:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia,
 - 2) na 60 dni przed rocznicą polisy.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 65 rok życia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.

5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
7. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Składka dodatkowa opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
4. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
5. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia, w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

1. Z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości:
 - 1) 100% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie - w przypadku powstania całkowitego inwalidztwa,
 - 2) wynikającej z tabeli zdarzeń, o których mowa w § 7 niniejszych Warunków, w oparciu o sumę ubezpieczenia ustaloną w polisie - w przypadku częściowego inwalidztwa.
2. Świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu ubezpieczyciela wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą powstanie inwalidztwa w wyniku wypadku.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

4. Z tytułu częściowego inwalidztwa wypłacane jest świadczenie za każdy rodzaj uszkodzenia ciała wymieniony w tabeli zdarzeń, nie więcej jednak niż do wysokości 100% sumy ubezpieczenia.
5. W przypadku wypłaty świadczeń z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez ubezpieczyciela.
6. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty wypadku nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłacanego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu powstania inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
7. Osobą uprawnioną, o której mowa w ust.1, jest ubezpieczony.
8. Suma ubezpieczenia, o której mowa w ust.1, jest podwyższona wyłącznie na zasadach, o których mowa w § 4 niniejszych Warunków.

§ 7

1. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach częściowego inwalidztwa ubezpieczonego:

ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ		Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia	
		prawe	lewe
1.	Utrata obu przedramion	100	
2.	Utrata obu ramion	100	
3.	Utrata obu ud	100	
4.	Utrata obu podudzi	100	
5.	Utrata jednego ramienia i jednego uda	100	
6.	Utrata jednego ramienia i jednego podudzia	100	
7.	Utrata jednego przedramienia i jednego uda	100	
8.	Utrata jednego przedramienia i jednego podudzia	100	
9.	Utrata jednej dłoni i jednej stopy	100	
10.	Utrata wzroku w obu oczach	100	
11.	Utrata słuchu	100	
12.	Utrata mowy całkowita	100	
Kończyny górne:			
1.	Utrata jednego ramienia	70	65
2.	Utrata jednego przedramienia	60	50
3.	Utrata jednej dłoni lub utrata części śródreżca	55	50
4.	Utrata wszystkich palców u ręki	50	45

ZDARZENIA OBJĘTE OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ		Wysokość świadczeń w % sumy ubezpieczenia	
		prawe	lewe
5.	Utrata kciuka i palca wskazującego	35	25
6.	Utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
7.	Utrata kciuka	20	15
8.	Utrata palca wskazującego	15	10
9.	Utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	5	5
Kończyny dolne:			
1.	Utrata jednej nogi powyżej kolana	60	60
2.	Utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana	50	50
3.	Utrata całej stopy lub części śródstopia	40	40
4.	Utrata wszystkich palców u stopy	30	30
5.	Utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20	20
6.	Utrata palucha	5	5
7.	Utrata palca innego niż paluch	2	2
Głowa:			
1.	Utrata szczęki dolnej	50	
2.	Utrata wzroku w jednym oku	40	
3.	Utrata słuchu w jednym uchu	30	
4.	Utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa)	30	

2. Użyte w ust. 1 poszczególne terminy oznaczają:
 - a) ramię – ręka od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego,
 - b) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego,
 - c) dłoń – palce i śródrezcze,
 - d) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego,
 - e) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego,
 - f) utrata – fizyczna utrata organu lub trwała utrata jego czynności.
3. W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe, określone w ust. 1, ulegają odwróceniu.
4. W przypadku uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień częściowego inwalidztwa ubezpieczonego na podstawie tabeli zdarzeń, pomniejsza się o stopień częściowego inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.
5. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia

- samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) chorobami zawodowymi i wszelkimi innymi chorobami lub stanami chorobowymi, nawet takimi, które występują nagle oraz wszelkimi zawałami, wylewami i udarami,
 - 6) obrażeniami ciała lub chorobami ujawnionymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 7) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 8) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 9) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
 - 10) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 11) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 179/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA VITA” S.A. z późn.zm.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Wystąpienia u Ubezpieczonego Poważnego Zachorowania (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **katalog poważnych zachorowań** – „Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 2) **rozszerzony katalog poważnych zachorowań** – „Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 3) **poważne zachorowanie** – jedno z poważnych zachorowań wymienionych w katalogu poważnych zachorowań lub rozszerzonym katalogu poważnych zachorowań,
- 4) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru zakresu ochrony ubezpieczeniowej w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, przewidzianego w jednym z niżej wymienionych katalogów:
 - 1) katalog poważnych zachorowań,
 - 2) rozszerzony katalog poważnych zachorowań.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 55 roku życia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony, na okres 5 lat, z zastrzeżeniem postanowień ust.6.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
6. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

§ 4

1. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres 5 lat, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3 i ust. 4.

3. Jeżeli w rocznicę polisy, w której przedłużeniu ulec ma dodatkowa umowa ubezpieczenia, do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat wówczas dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres nie dłuższy niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
6. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, umowa ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
7. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
8. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.
4. Składka opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
5. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
6. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.
7. W propozycji, o której mowa w § 4 ust. 1, ubezpieczyciel podaje nową wysokość składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązującej w kolejnym roku, w przypadku gdy ubezpieczający przyjmie indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia, jak również nową wysokość składki obowiązującej w kolejnym roku w przypadku gdy ubezpieczający odrzuci indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w §5 niniejszych Warunków, z zastrzeżeniem postanowień ust.3.

2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania kończy się, niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia:
 - a) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego,
 - b) z dniem złożenia wniosku o wypłatę świadczenia, o którym mowa w § 7 ust. 1 niniejszych Warunków, pod warunkiem zaakceptowania wniosku przez ubezpieczyciela.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania dotyczy tylko tych rodzajów poważnych zachorowań, które nie wystąpiły u ubezpieczonego przed zawarciem dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie ryzyka poważnego zachorowania.

§ 7

1. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wynosi 30% lub 50% sumy ubezpieczenia ustalonej w polisie, zgodnie z umową ubezpieczenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 3.
2. W przypadku przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia procent, o którym mowa w ust. 1, nie może ulec zmianie.
3. Wysokość świadczenia z tytułu wystąpienia Choroby Creutzfeldta-Jakoba nie może być wyższa niż 100 000 PLN.
4. Świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu na podstawie kompletnego wniosku, złożonego na formularzu ubezpieczyciela wraz z dokumentacją medyczną potwierdzającą wystąpienie poważnego zachorowania.
5. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.
6. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty złożenia ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, a nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, do którego wypłaty zobowiązany jest ubezpieczyciel, pomniejszane jest o kwotę świadczenia z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
7. W czasie trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia może być wypłacone, z zastrzeżeniem ust. 8, tylko jedno świadczenie z tytułu wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,

- 5) zarażeniem się wirusem HIV, z zastrzeżeniem postanowień ust. 9,
- 6) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza.
9. W przypadku zawarcia umowy w zakresie rozszerzonego katalogu poważnych zachorowań postanowienia ust. 8 pkt 5) nie mają zastosowania.
10. W przypadku, gdy zgon ubezpieczonego nastąpi w okresie przypadającym między dniem wystąpienia u ubezpieczonego poważnego zachorowania a dniem upływu 6 miesięcy od daty złożenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie z tytułu wystąpienia poważnego zachorowania, ale przed dniem wypłaty świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ubezpieczyciel nie wypłaca świadczenia z tytułu poważnego zachorowania, ale wypłaca wyłącznie świadczenie z tytułu zgonu ubezpieczonego, w pełnej wysokości, osobie uprawnionej do tego świadczenia, o której mowa w § 14 OWU.

§ 8

W sprawach nieregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 179/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA VITA” S.A z późn.zm.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

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

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Przejęcia Opłacania Składki w Przypadku Całkowitego Inwalidztwa Ubezpieczonego (zwanymi dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie (zwanymi dalej „OWU”).

§ 2

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

- 1) **całkowite inwalidztwo** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, wynikającej z zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia na podstawie niniejszych Warunków, trwałe zmiany w stanie zdrowia, w wyniku których ubezpieczony, zdaniem komisji lekarskiej powołanej przez ubezpieczyciela, jest niezdolny do pracy przez okres co najmniej 12 miesięcy,
- 2) **niezdolność do pracy** – niezdolność do wykonywania każdego zatrudnienia, w warunkach innych niż specjalnie stworzone lub na innych niż specjalne stanowiska pracy, tj. w warunkach odpowiednio przystosowanych do charakteru i stopnia naruszenia sprawności organizmu ubezpieczonego,
- 3) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisany przez ubezpieczającego, może być doręczony ubezpieczycielowi wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres do dnia upływu okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60 rok życia.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres nie krótszy niż 5 lat.
4. Ubezpieczeniem w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 55 lat.
5. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
6. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
7. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
8. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie, gdy ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym.

9. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.
4. Składka dodatkowa opłacana z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia podlega indeksacji.
5. Poziom indeksacji składki opłacanej z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o wzrost sumy ubezpieczenia, o którym mowa w OWU.
6. Dokonanie indeksacji składki wynikającej z dodatkowej umowy ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki wynikającej z umowy ubezpieczenia.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w pierwszym dniu miesiąca następującego po upływie 6 miesięcy, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po dniu 60 urodzin ubezpieczonego.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia polega na przejęciu opłacania składek z tytułu umowy ubezpieczenia oraz wszystkich dodatkowych umów ubezpieczenia, w których ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym, począwszy od pierwszej składki wymagalnej po dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o spełnienie świadczenia, pod warunkiem zaakceptowania przez ubezpieczyciela tego wniosku.
2. Przejęcie obowiązku opłacania składek, o których mowa w ust. 1, nie dotyczy dodatkowej umowy ubezpieczenia - świadczenie szpitalne ani dodatkowej umowy ubezpieczenia na wypadek operacji ubezpieczonego.
3. Świadczenie, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczyciel spełnia na podstawie kompletnego wniosku, doręzonego ubezpieczycielowi na formularzu ubezpieczyciela, oraz odpowiedniego orzeczenia komisji lekarskiej, powołanej przez ubezpieczyciela stwierdzającego powstanie niezdolności do pracy ubezpieczonego.
4. Składka za okres od dnia doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o realizację świadczenia przez ubezpieczyciela do dnia zaakceptowania wniosku jest opłacana przez ubezpieczającego.

5. W przypadku zaakceptowania wniosku zapłacona przez ubezpieczającego składka za okres, o którym mowa w ust. 4, podlega zwrotowi w terminie 30 dni od podjęcia decyzji o zaakceptowaniu wniosku. Składka podlega zwrotowi bez odsetek.
6. Do terminu, w którym ubezpieczyciel podejmuje decyzję w sprawie zaakceptowania lub odmowy akceptacji wniosku, mają odpowiednie zastosowanie postanowienia OWU dotyczące terminu wypłaty świadczenia.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 4) poddaniem się ubezpieczonego zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - 5) zarażeniem się wirusem HIV,
 - 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych dokumentów,
 - 7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, takich jak: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 8) przewozem lotniczym innym niż w charakterze pasażera lub członka załogi licencjonowanych linii lotniczych,
 - 9) zatruciem/działaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych podobnie działających środków, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową.

§ 7

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

4. W przypadku odmowy przez ubezpieczonego poddania się zabiegom, o których mowa w ust. 3, ubezpieczyciel może wezwać ubezpieczającego do podjęcia opłacania składek:

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

§ 8

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 9

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 179/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA VITA” S.A z późn.zm.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia na Wypadek Operacji Ubezpieczonego (zwanych dalej „Warunkami”) mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie (zwanych dalej „OWU”).

§ 2

Użytym w niniejszych Warunkach określeniom nadaje się znaczenia przyjęte w OWU poniższe zaś określenia oznaczają:

- 1) **operacja** – zabieg chirurgiczny wykonany w szpitalu przez zespół lekarzy i pielęgniarek w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu, usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny choroby, ogniska chorobowego, dokonania przeszczepu, zwykle powiązany z koniecznością przecięcia skóry i innych tkanek. Operacją nie są zabiegi przeprowadzane w celach diagnostycznych (np.: biopsja, punkcja, pobranie wycinków, zabiegi endoskopowe i inne), jak również drobne zabiegi chirurgiczne nie wymagające hospitalizacji (np.: szycie ran powierzchniowych, usunięcie ciał obcych i inne),
- 2) **operacja wtórna (reoperacja)** – zabieg chirurgiczny związany przyczynowo z operacją wykonywany podczas tego samego pobytu w szpitalu,
- 3) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polski zgodnie z właściwymi przepisami prawa państwowego lub niepaństwowego zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; szpitalem w rozumieniu niniejszych Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 4) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 5) **katalog operacji** – „Katalog operacji WARTA” stanowiący załącznik do niniejszych Warunków,
- 6) **kwota bazowa** – kwota stanowiąca podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 7) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 8) **dotatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie postanowień niniejszych Warunków.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.

3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 roku życia.
5. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej na wypadek operacji ubezpieczonego.

§ 4

1. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 60 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i ubezpieczyciel nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres jednego roku.
4. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. W propozycji, o której mowa w § 4 ust. 1, ubezpieczyciel podaje nową wysokość składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązującej w kolejnym roku, w przypadku gdy ubezpieczający przyjmie indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia, jak również nową wysokość składki obowiązującej w kolejnym roku w przypadku gdy ubezpieczający odrzuci indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się po upływie 90 dni, licząc od dnia zawarcia dodatkowej umowy

ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 5 niniejszych Warunków.

2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela w ciągu roku polisowego objęte są maksymalnie 3 operacje przeprowadzone u ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.

§ 7

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie operacji wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego po tym dniu.
2. Ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje operacji, które przeprowadzone zostały w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu operacji ubezpieczonego jest wyłączona w przypadku przeprowadzenia operacji w związku z:
 - 1) chorobami psychicznymi, nerwicami, zatruciem alkoholem, narkotykami i innymi środkami odurzającymi,
 - 2) operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 3) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych następstw wypadków,
 - 4) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
 - 5) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
 - 6) chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - 7) pozostawaniem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków i innych środków odurzających, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - 8) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
 - 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
 - 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
 - 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
 - 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
 - 13) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,

- 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,
 - 16) poddania się przez ubezpieczonego eksperymentowi medycznemu.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za wszystkie operacje wtórne przeprowadzone w ciągu pobytu ubezpieczonego w szpitalu.

§ 9

1. Świadczenie z tytułu operacji przysługuje, jeżeli w następstwie doznania obrażeń fizycznych ciała, bądź choroby, zaistniałych po raz pierwszy po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony podlega pobyтови w szpitalu i zostanie poddany operacji w okresie ponoszenia przez ubezpieczyciela odpowiedzialności z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Z tytułu operacji ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie na podstawie katalogu operacji zgodnie z podanym poziomem trudności wykonania operacji w skali od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).
3. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia.
4. Za operacje wymienione w katalogu operacji ubezpieczyciel wypłaca świadczenia w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 10% kwoty bazowej,
 - 2) poziom 2 – 25% kwoty bazowej,
 - 3) poziom 3 – 50% kwoty bazowej,
 - 4) poziom 4 – 75% kwoty bazowej,
 - 5) poziom 5 – 100% kwoty bazowej.
5. W każdą rocznicę polisy kwota bazowa podwyższana jest w wyniku indeksacji o taki sam procent o jaki wzrasta suma ubezpieczenia, pod warunkiem że dodatkowa umowa ubezpieczenia jest przedłużana w tę rocznicę.
6. Jeśli w trakcie jednej operacji zostanie wykonanych więcej niż jeden z zabiegów spełniających definicję operacji zostanie wypłacone tylko jedno świadczenie (stawka z najcięższej wykonywanej operacji).
7. Jeżeli ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, a następnie w ciągu 6 miesięcy od daty doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o świadczenie nastąpi zgon ubezpieczonego, wówczas ze świadczenia wypłaconego z tytułu zgonu ubezpieczonego potrącona zostanie kwota świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłaconego przez ubezpieczyciela w sześciomiesięcznym okresie poprzedzającym zgon ubezpieczonego.
8. Ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia z tytułu operacji ubezpieczonego, jeżeli w trakcie operacji nastąpi zgon ubezpieczonego.
9. W przypadku przeprowadzenia operacji nie objętej katalogiem operacji, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie według poziomu trudności wykonania operacji ustalonym przez ubezpieczyciela, który jest najbardziej zbliżony do poziomu trudności operacji wymienionej w katalogu operacji.

§ 10

1. Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie z tytułu operacji na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu ubezpieczyciela.

2. Ubezpieczony zobowiązany jest do powiadomienia ubezpieczyciela o zdarzeniu stanowiącym podstawę wypłaty świadczenia w terminie 7 dni od dnia, w którym zdarzenie to nastąpiło, bądź w terminie 7 dni od ustania przyczyny uniemożliwiającej złożenie powiadomienia.
3. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty medyczne wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości.
4. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na dodatkowe badania lekarskie, również przed specjalnie powołaną komisją lekarską, celem potwierdzenia zasadności wypłaty świadczenia.

§ 11

1. Przejęcie obowiązku opłacania składek przez ubezpieczyciela, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, nie dotyczy dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku przejęcia obowiązku opłacania składki przez ubezpieczyciela, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, niezapłacenie przez ubezpieczającego składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia we właściwym terminie skutkuje rozwiązaniem dodatkowej umowy ubezpieczenia z upływem okresu, za który zapłacona została ostatnia składka.
3. Niezależnie od postanowień ust. 2, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu najpóźniej w dniu poprzedzającym pierwszą rocznicę polisy po dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o spełnienie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, pod warunkiem zaakceptowania tego wniosku, bez możliwości przedłużenia na kolejny okres.

§ 12

W sprawach nieregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 13

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 179/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA VITA” S.A. z późn.zm.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenie – Dienne Świadczenie Szpitalne

§ 1

Postanowienia niniejszych Ogólnych Warunków Dodatkowego Ubezpieczenia Dienne Świadczenie Szpitalne (zwanymi dalej "Warunkami") mają zastosowanie w umowach ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie Ogólnych Warunków Ubezpieczenia Indywidualne Ubezpieczenie Terminowe na Życie (zwanymi dalej "OWU").

§ 2

Użytych w niniejszych Warunkach określeń nadaje się znaczenia przyjęte w OWU, poniżej zaś określenia oznaczają:

- 1) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polski zgodnie z właściwymi 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 Warunków nie jest dom opieki ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień,
- 2) **OIOM** – oddział intensywnej opieki medycznej (oddział intensywnej terapii) – wydzielony 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,
- 3) **wypadek** – nagłe zdarzenie wywołane przyczyną zewnętrzną, powstałe w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 4) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli,
- 5) **dzień pobytu w szpitalu** – każda rozpoczęta doba pozostawania ubezpieczonego w szpitalu, liczona jako doba zegarowa,
- 6) **okres rehabilitacji** – następujący bezpośrednio po zakończeniu pobytu ubezpieczonego w szpitalu okres, za który przysługuje świadczenie rehabilitacyjne na zasadach określonych w §10 ust. 3 niniejszych Warunków,
- 7) **wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia, powstały w okresie płodowym; może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty,
- 8) **kwota bazowa** – kwota stanowiąca podstawę do ustalania wysokości świadczenia wypłacanego z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 9) **dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych Warunków.

§ 3

1. Wniosek o zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisany przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, może być złożony wyłącznie wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. W zależności od treści wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczający ma możliwość wyboru wysokości świadczeń w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia,

przewidzianej w jednym z niżej wymienionych wariantów, na zasadach określonych w § 12:

- 1) Wariant I,
 - 2) Wariant II.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku.
 4. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
 5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy ubezpieczony w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia nie ukończył 60 lat.
 6. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego.

§ 4

1. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 2.
2. Jeżeli w dniu następnym po dniu końca okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, ubezpieczony ma ukończone 60 lat, to dodatkowa umowa ubezpieczenia nie zostaje przedłużona i ubezpieczyciel nie składa propozycji, o której mowa w ust. 1.
3. Dodatkowa umowa ubezpieczenia przedłużana jest na okres jednego roku.
4. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.
5. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 1, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.
6. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej wznowienia.
7. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

§ 5

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. W propozycji, o której mowa w § 4 ust. 1, ubezpieczyciel podaje nową wysokość składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązującej w kolejnym roku, w przypadku gdy ubezpieczający przyjmie indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia, jak również nową wysokość składki obowiązującej w kolejnym roku w przypadku gdy ubezpieczający odrzuci indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia.

4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 5 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia kończy się niezależnie od postanowień umowy ubezpieczenia w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu osiągnięcia przez ubezpieczonego wieku 60 lat.

§ 7

1. Ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego w związku z pobytem ubezpieczonego w szpitalu wskutek choroby stwierdzonej przez lekarza po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia lub wypadku zaistniałego po tym dniu.
2. Jeżeli przyczyną pobytu w szpitalu jest choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu ubezpieczonego w szpitalu w ciągu pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz pobytu rozpoczętego w okresie pierwszych 90 dni od daty zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia a kończącego się po tym okresie.
3. W przypadku, gdy pobyt w szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył po tym okresie,ienne świadczenie szpitalne przysługuje wyłącznie za każdy dzień pobytu w szpitalu przypadający w okresie obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 9 ust. 1.

§ 8

1. Dienne świadczenie szpitalne przysługuje maksymalnie za 90 dni pobytu w szpitalu w ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel nie wypłaci ani świadczenia szpitalnego ani rehabilitacyjnego określonego w § 10 ust. 3, jeżeli w trakcie pobytu w szpitalu lub w okresie rehabilitacji nastąpi zgon ubezpieczonego.

§ 9

1. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany chorobą przysługuje w wysokości określonej w § 12 za każdy dzień, począwszy od 5 dnia nieprzerwanego pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2 oraz § 11 ust. 3.
2. Za każdy dzień, począwszy od 15 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego chorobą, dienne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50 % podstawowej stawki świadczenia.

§ 10

1. Dienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego w szpitalu spowodowany wypadkiem przysługuje w wysokości określonej w § 12 za każdy dzień pobytu w szpitalu, z zastrzeżeniem ust. 2.

2. Za każdy dzień, począwszy od 10 dnia pobytu ubezpieczonego w szpitalu spowodowanego wypadkiem, codzienne świadczenie szpitalne przysługuje w wysokości 50 % podstawowej stawki świadczenia.
3. W przypadku pobytu ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanego wypadkiem, trwającego nie dłużej niż 10 dni, ubezpieczyciel wypłaci oprócz codziennego świadczenia szpitalnego dodatkowo codzienne świadczenie rehabilitacyjne; codzienne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje za okres równy okresowi pobytu w szpitalu.
4. W przypadku wielokrotnych pobytów ubezpieczonego w szpitalu, spowodowanych wypadkiem, codzienne świadczenie szpitalne przysługuje za każdy dzień pobytu w szpitalu, natomiast codzienne świadczenie rehabilitacyjne przysługuje wyłącznie za okres równy pierwszemu pobytowi w szpitalu spowodowanemu wypadkiem, trwającemu nie dłużej niż 10 dni.
5. W ciągu każdego roku trwania dodatkowej umowy ubezpieczenia przysługuje jedno codzienne świadczenie rehabilitacyjne.
6. Ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu z powodu wypadku, jeśli pobyt ten rozpocznie się przed upływem 180 dni od daty wypadku. W sytuacji gdy pobyt w szpitalu z powodu wypadku rozpocznie się po upływie 180 dni od daty wypadku, ubezpieczyciel wypłaci świadczenie z tytułu pobytu w szpitalu w wysokości określonej w § 12 i na zasadach obowiązujących w przypadku pobytu w szpitalu, którego przyczyną jest choroba.

§ 11

1. Codzienne świadczenie szpitalne za pobyt ubezpieczonego na OIOM przysługuje w przypadku, gdy ubezpieczony od pierwszego dnia pobytu w szpitalu przebywa na OIOM.
2. Codzienne świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM przysługuje maksymalnie za 5 kolejnych dni od daty przyjęcia ubezpieczonego na OIOM.
3. Za każdy dzień, począwszy od 6 dnia pobytu na OIOM, przysługuje codzienne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.
4. Jeżeli ubezpieczony został przyjęty na OIOM i przed upływem 5 dni został przeniesiony na inny oddział szpitalny, za każdy dzień pobytu na OIOM przysługuje mu codzienne świadczenie szpitalne zgodnie z § 12; za każdy dzień pozostałego okresu pobytu w szpitalu przysługuje mu codzienne świadczenie szpitalne według odpowiedniej stawki, zależnej od przyczyny pobytu w szpitalu.

§ 12

1. Kwota bazowa jest określana w umowie ubezpieczenia.
2. Z tytułu codziennego świadczenia szpitalnego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości wynikającej z poniższej tabeli, z zastrzeżeniem postanowień określonych w niniejszej dodatkowej umowie ubezpieczenia:

Lp.	Nazwa świadczenia	Stawka codziennego świadczenia w % kwoty bazowej	
		Wariant I	Wariant II
1.	Świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest choroba	0,5	1

Lp.	Nazwa świadczenia	Stawka dziennego świadczenia w % kwoty bazowej	
		Wariant I	Wariant II
2.	Świadczenie szpitalne za pobyt w szpitalu, którego przyczyną jest wypadek	1	2
3.	Świadczenie rehabilitacyjne	0,25	0,5
4.	Świadczenie szpitalne za pobyt na OIOM	1,25	2,5

3. W każdą rocznicę polisy kwota bazowa podwyższana jest w wyniku indeksacji o taki sam procent o jaki wzrasta suma ubezpieczenia, pod warunkiem że dodatkowa umowa ubezpieczenia jest przedłużana w tę rocznicę.

§ 13

Ochroną ubezpieczeniową w zakresie dziennego świadczenia szpitalnego nie są objęte przypadki pobytu w szpitalu w związku z:

- 1) chorobami psychicznymi, nerwicami, zatruciem alkoholem, narkotykami i innymi środkami odurzającymi oraz leczeniem uzależnień,
- 2) operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji oszpeceń i okaleczeń powstałych wskutek wypadku,
- 3) ciążą, porodem, powikłaniami ciąży, poronieniem samoistnym lub sztucznym,
- 4) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem,
- 5) pozostawianiem ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków i innych środków odurzających, z wyjątkiem przypadków zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza,
- 6) stanami chorobowymi lub skutkami wypadków wywołanymi lub pozostającymi w związku z usiłowaniem lub popełnieniem przestępstwa przez ubezpieczonego,
- 7) chorobami, uszkodzeniami ciała istniejącymi przed datą zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- 8) procedurami typowo diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i obrazowych,
- 9) samookaleczeniem lub okaleczeniem ubezpieczonego na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego,
- 10) działaniami wojennymi, stanem wojennym,
- 11) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru,
- 12) pełnieniem przez ubezpieczonego służby wojskowej w jakimkolwiek kraju,
- 13) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów, do których należą: nurkowanie, alpinizm, wspinaczka skałkowa, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe, motocyklowe, gokarty, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
- 14) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, wodnego lub powietrznego bez dokumentów uprawniających do kierowania i używania danego pojazdu lub bez świadectwa kwalifikacyjnego pojazdu,
- 15) wszelkimi chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV,

16) pozostawieniem ubezpieczonego w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym.

§ 14

1. Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w związku z pobytem w szpitalu na podstawie kompletnego i prawidłowo wypełnionego wniosku o wypłatę świadczenia, złożonego na formularzu ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczony zobowiązany jest do złożenia wniosku o wypłatę świadczenia z tytułu pobytu w szpitalu w terminie 7 dni od zakończenia pobytu w szpitalu, bądź w terminie 7 dni od ustania przyczyny uniemożliwiającej złożenie wniosku.
3. Do wniosku o wypłatę świadczenia ubezpieczony obowiązany jest dołączyć:
 - 1) kartę informacyjną leczenia szpitalnego,
 - 2) inne dokumenty wymagane przez ubezpieczyciela niezbędne do ustalenia podstawy wypłaty świadczenia i jego wysokości (np. protokół powypadkowy).

§ 15

1. Przejęcie obowiązku opłacania składek przez ubezpieczyciela, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, nie dotyczy dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku przejęcia obowiązku opłacania składki przez ubezpieczyciela, na podstawie dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, niezapłacenie przez ubezpieczającego składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia we właściwym terminie skutkuje rozwiązaniem dodatkowej umowy ubezpieczenia z upływem okresu, za który zapłacona została ostatnia składka.
3. Niezależnie od postanowień ust. 2, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu najpóźniej w dniu poprzedzającym pierwszą rocznicę polisy po dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o spełnienie świadczenia z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia przejęcia opłacania składki w przypadku całkowitego inwalidztwa ubezpieczonego, pod warunkiem zaakceptowania tego wniosku, bez możliwości przedłużenia na kolejny okres.

§ 16

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 17

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 179/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA VITA” S.A. z późn.zm.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Ogólne Warunki Dodatkowego Ubezpieczenia – „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”

§ 1

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

§ 2

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

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

§ 3

1. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest na okres jednego roku:
 - 1) dodatkowa umowa przedłuża się na następny, roczny okres ubezpieczenia, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nie przedłużaniu umowy ubezpieczenia.
 - 2) oświadczenie, o którym mowa w pkt 1), powinno być doręczone drugiej stronie pod rygorem nieważności na piśmie, najpóźniej na miesiąc przed rocznicą ubezpieczenia,
 - 3) dodatkowa umowa ubezpieczenia może być przedłużana na dowolną liczbę rocznych okresów ubezpieczenia nie dłużej jednak niż do dnia najbliższej rocznicy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 roku życia.
3. Zawarcie dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
4. W przypadku rozwiązania dodatkowej umowy ubezpieczenia nie ma możliwości jej ponownego zawarcia.
5. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć dodatkową umowę ubezpieczenia na zasadach określonych w OWU. Rozwiązanie dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.
6. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się w dniu doręczenia oświadczenia o wypowiedzeniu dodatkowej umowy ubezpieczenia do siedziby ubezpieczyciela.
7. Ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu, najpóźniej na 30 dni przed końcem okresu obowiązywania dodatkowej umowy ubezpieczenia, propozycję jej przedłużenia, z zastrzeżeniem postanowień ust. 8.
8. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 7, doręczy ubezpieczycielowi oświadczenie o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki była zawarta.

9. Jeżeli ubezpieczający w terminie 14 dni od daty otrzymania propozycji, o której mowa w ust. 7, nie doręczy ubezpieczycielowi oświadczenia o odmowie przedłużania dodatkowej umowy ubezpieczenia, dodatkowa umowa ubezpieczenia ulega przedłużeniu zgodnie z tą propozycją.

§ 4

1. Z tytułu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczający zobowiązany jest do opłacenia składki w wysokości ustalonej przez strony umowy ubezpieczenia i wskazanej w polisie.
2. Składka z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia opłacana jest przez ubezpieczającego wraz ze składką wynikającą z umowy ubezpieczenia i w tej samej częstotliwości.
3. W propozycji, o której mowa w § 3 ust. 7, ubezpieczyciel podaje nową wysokość składki z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia, obowiązującej w kolejnym roku, w przypadku gdy ubezpieczający przyjmie indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia, jak również nową wysokość składki obowiązującej w kolejnym roku w przypadku gdy ubezpieczający odrzuci indeksację składki w ramach umowy ubezpieczenia.
4. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku, gdy składka opłacana jest okresowo.

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu składki, o której mowa w § 4 niniejszych Warunków.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później niż w najbliższą rocznicę polisy następującą po dniu 65 urodzin ubezpieczonego

§ 6

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

§ 7

1. Zakres ubezpieczenia w ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance medycznego wykonywane wyłącznie na terenie Polski:
 - 1) świadczenia wymienione w pkt 1-11 Tabeli nr 1 dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego zdefiniowanego w § 2 ust. 1 pkt 2).

- 2) świadczenie wymienione w pkt 12 Tabeli nr 1 gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych ubezpieczonego małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego:
 - a) zgon dziecka ubezpieczonego
 - b) zgon małżonka ubezpieczonego,
 - c) zgon rodziców ubezpieczonego
 - d) zgon rodziców małżonka ubezpieczonego
 - e) wystąpienie u ubezpieczonego poważnego zachorowania wymagającego decyzją lekarza uprawnionego pomocy psychologa
 - 3) zdrowotne usługi informacyjne – pkt 13 Tabeli nr 1.
2. Świadczenia przysługujące ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego określone są w poniższej tabeli.

Tabela 1. Zakres ubezpieczenia w ramach „WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY”

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

3. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 2 ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.
 - 1) Transport medyczny
 - a) transport medyczny do placówki medycznej - jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego wymaga transportu medycznego z miejsca

zamieszkania do placówki medycznej, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego do najbliższej placówki medycznej na terenie RP. Transport jest organizowany o ile nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego i o ile stan zdrowia pacjenta, utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu,

- b) transport medyczny z placówki medycznej do innej placówki medycznej w przypadku gdy placówka, w której przebywa ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu,
- c) transport medyczny z placówki medycznej do miejsca zamieszkania - jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego w miejscu zamieszkania, byli hospitalizowani przez okres co najmniej 5 dni, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego ze szpitala do miejsca zamieszkania na terenie RP. Transport jest organizowany o ile stan zdrowia pacjenta utrudnia skorzystanie z dostępnego publicznego lub prywatnego środka transportu.

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

- 2) Wizyta lekarska - jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego doznali uszkodzenia ciała lub uszczerbku na zdrowiu ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty lekarza w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego maksymalnie 2 razy w roku, do łącznej kwoty 1000 PLN w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego
- 3) Wizyta pielęgniarki - jeżeli w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego doznali uszkodzenia ciała lub uszczerbku na zdrowiu, ubezpieczyciel zorganizuje i pokryje koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego. Na świadczenie przysługuje łączny limit w wysokości 300 PLN w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego
- 4) Dostawa leków i sprzętu rehabilitacyjnego – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w następstwie zdarzenia ubezpieczeniowego, zgodnie z dokumentem zwolnienia lekarskiego, wystawionego zgodnie z przepisami prawa, wymagają leżenia – co najmniej 5 dni, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków i sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, do łącznej kwoty 1000 PLN w odniesieniu do jednego i do

wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego. W przypadku gdy miejsce zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego nie jest tym samym miejscem zamieszkania dla wszystkich wymienionych wyżej osób ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty dostarczenia leków i sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca zamieszkania ubezpieczonego.

- 5) Opieka domowa po hospitalizacji - jeżeli ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego byli hospitalizowani przez okres minimum 5 dni oraz istnieje konieczność przebywania na zwolnieniu lekarskim, ubezpieczyciel zapewnia zorganizowanie i pokrycie kosztów opieki pielęgniarskiej po zakończeniu hospitalizacji, w limicie do 72 godzin na zdarzenie ubezpieczeniowe.
- 6) Całodobowa opieka pielęgniarki w szpitalu - w przypadku wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego u ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, wymagającego co najmniej 7 dniowego pobytu w szpitalu, wymagającego całodobowego nadzoru pielęgniarki ubezpieczyciel organizuje i pokryje koszty opieki pielęgniarskiej w łącznym limicie 1000 PLN w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku polisowego.
- 7) Opieka nad dziećmi lub osobami niesamodzielnymi - jeżeli na skutek zdarzenia ubezpieczeniowego ubezpieczony lub małżonek ubezpieczonego przebywają w szpitalu ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty:
 - a) przewozu dzieci/osób niesamodzielnymi w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca zamieszkania osoby wyznaczonej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy),
 - b) lub przejazdu osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi z jej miejsca zamieszkania do miejsca zamieszkania ubezpieczonego lub małżonka ubezpieczonego i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe pierwszej klasy),
 - c) opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego maksymalnie do 3 dni. Jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, centrum operacyjne dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę.

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

4. O zasadności organizacji i pokrycia kosztów wszystkich świadczeń, o których mowa w ust. 3 decyduje lekarz uprawniony.
5. W ramach świadczeń wymienionych w ust. 1 pkt 2) ubezpieczyciel gwarantuje ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, pomoc psychologa. Jeżeli na skutek trudnej sytuacji losowej o której mowa w ust. 1 pkt 2) będzie wskazana zdaniem lekarza uprawnionego konsultacja z psychologiem, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrycie kosztów wizyt u psychologa w łącznym limicie do 1600 PLN w odniesieniu do jednego i do wszystkich zdarzeń ubezpieczeniowych w ciągu roku.
6. Jeżeli usługa gwarantowana w ramach świadczeń assistance medycznego przekroczy limit kosztów określony w Warunkach, może być ona wykonana przez centrum

operacyjne, o ile ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego lub ich przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę – w sposób zaakceptowany przez ubezpieczyciela na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi a zagwarantowanym przez ubezpieczyciela limitem.

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

§ 8

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem §9 ust. 5;
 - 3) kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 4) kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego,
 - 5) kosztów powstałych z tytułu i w następstwie:
 - a) leczenia sanatoryjnego, fizykoterapii, zabiegów ze wskazań estetycznych, helioterapii,
 - b) epidemii, skażeń i katastrof naturalnych, wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru;
 - c) pozostawiania/działania ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego pod wpływem alkoholu, narkotyków lub innych substancji toksycznych o podobnym działaniu, leków nie przepisanych przez lekarza lub użytych niezgodnie z zaleceniem lekarskim bądź ze wskazaniem ich użycia;
 - d) chorób psychicznych;

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

§ 9

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego. Ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego są zobowiązani, przed podjęciem działań we własnym zakresie, do skontaktowania się z centrum operacyjnym czynnym przez całą dobę.
2. Osoby kontaktujące się z centrum operacyjnym, o których mowa w ust. 1, powinny podać następujące informacje:
 - 1) nr PESEL ubezpieczonego,
 - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - 3) adres zamieszkania,
 - 4) numer polisy,
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaju koniecznej pomocy,
 - 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach świadczonych usług.
3. Jeżeli osobą korzystającą ze świadczeń assistance medycznego nie jest ubezpieczony, obowiązana jest ona na wezwanie centrum operacyjnego okazać dokument niezbędny do stwierdzenia pokrewieństwa z ubezpieczonym.
4. Ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego zobowiązani są na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności zaświadczenia i skierowania lekarskie, recepty, oryginały faktur.

5. W przypadku gdy ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie wypelnia obowiazkow okreslonych w ustepach powyzszych ubezpieczyciel ma prawo odmowic spelnienia swiadczenia.
6. W wyjatkowych sytuacjach, gdy na skutek zdarzenia losowego ubezpieczony, małżonek ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego nie mogli skontaktowac sie z centrum operacyjnym i w związku z tym sami poniešli koszty swiadczeń assistance medycznego, o których mowa w § 7 ust. 3 pkt 1), 3) ubezpieczyciel może zwrócić ubezpieczonemu, małżonkowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego w całości bądź częściowo poniesione przez nich koszty, pod warunkiem zgłoszenia się do centrum operacyjnego najpóźniej w ciągu 5 dni kalendarzowych od daty zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego i przedstawienia wskazanych przez centrum operacyjne dokumentów. Zwrot kosztów będzie następował po zaakceptowaniu przez centrum operacyjne. Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do zwrotu kosztów w takiej wysokości jaką poniosłoby w przypadku organizowania świadczeń assistance medycznego we własnym zakresie.
7. Przez datę zaistnienia zdarzenia, rozumie się faktyczną datę zajścia zdarzenia, o którym mowa w § 2 ust. 1 pkt 2).

§ 10

W sprawach nieuregulowanych niniejszymi Warunkami mają zastosowanie postanowienia OWU.

§ 11

Niniejsze Warunki zostały zatwierdzone Uchwałą nr 178/2007 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Katalog Poważnych Zachorowań WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
- 5) niewydolność nerek,
- 6) przeszczep dużych narządów.

NOWOTWÓR

§ 2

1. Za nowotwór złośliwy uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepohamowany i przekazując swe cechy komórkom potomnym niszczą zdrowe tkanki.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki i złośliwe choroby układu chłonnego takie jak choroba Hodgkin'a.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - a) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
 - b) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - c) wczesne stadium raka prostaty – stopień 1 (T1a, 1b, 1c),
 - d) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a NO MO),
 - e) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

1. Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez:
 - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) oraz podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca, Troponiny lub innych markerów biochemicznych.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) ze wzrostem Troponiny I lub T i inne ostre zespoły wieńcowe.

UDAR MÓZGU

§ 4

Za udar mózgu uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny (zawał tkanki mózgowej, krwotok, zator). Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym trwającym co

najmniej 3 miesiące, potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie). Ubezpieczeniem nie jest objęte przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) i objawy neurologiczne spowodowane migreną.

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ

§ 5

Za chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej uważa się zabieg na otwartym sercu polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) z powodu zwężenia lub niedrożności dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przezskórnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za niewydolność nerek uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie mięszu obu nerek wymagające regularnych dializ (hemodializy lub dializy otrzewnowej) lub przeszczepu.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

Za przeszczep dużych narządów rozumie się przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki jeżeli ubezpieczony jest biorcą.

§ 8

Niniejszy Katalog poważnych zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 186/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań WARTA

§ 1

Niniejszy katalog określa następujące rodzaje poważnych zachorowań:

- 1) nowotwór złośliwy,
- 2) zawał serca,
- 3) udar mózgu,
- 4) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass),
- 5) niewydolność nerek,
- 6) przeszczep dużych narządów,
- 7) paraliż,
- 8) utrata kończyn,
- 9) ślepotą,
- 10) głuchota,
- 11) utrata mowy,
- 12) oparzenia,
- 13) łagodny guz mózgu,
- 14) śpiączka,
- 15) Choroba Creutzfeldta – Jakoba,
- 16) Zakażenie Wirusem HIV (w trakcie transfuzji krwi).

NOWOTWÓR

§ 2

1. Za nowotwór złośliwy uważa się niekontrolowany rozrost komórek patologicznych, które rozrastając się w sposób niepohamowany i przekazując swe cechy komórkom potomnym niszczą zdrowe tkanki.
2. Do nowotworów zaliczane są również białaczki i złośliwe choroby układu chłonnego takie jak choroba Hodgkin'a.
3. Ubezpieczeniem nie są objęte:
 - a) dysplazja szyjki macicy (wszystkie stopnie CIN),
 - b) nowotwory łagodne, nieinwazyjne (in situ) i zmiany zlokalizowane, nienaciekające wykazujące cechy wczesnego złośliwienia,
 - c) wczesne stadium raka prostaty – stopień 1 (T1a, 1b, 1c),
 - d) nowotwory skóry, włączając czerniaka złośliwego w stopniu IA (T1a NO MO),
 - e) nowotwory przy współistnieniu infekcji HIV.
4. Cechy naciekania, rozrostu złośliwego muszą być potwierdzone badaniem histopatologicznym.

ZAWAŁ SERCA

§ 3

1. Za zawał serca uważa się martwicę części mięśnia sercowego spowodowaną niedostatecznym zaopatrzeniem go w krew.
2. Rozpoznanie musi być udokumentowane poprzez:
 - 1) charakterystyczny ból w klatce piersiowej,
 - 2) potwierdzone nowe zmiany w EKG (cechy zawału),
 - 3) oraz podwyższony poziom enzymów specyficznych dla zawału serca, Troponiny lub innych markerów biochemicznych.

3. Ubezpieczeniem nie są objęte zawały serca bez uniesienia odcinka ST (NSTEMI) ze wzrostem Troponiny I lub T i inne ostre zespoły wieńcowe.

UDAR MÓZGU

§ 4

Za udar mózgu uważa się każde nagłe wystąpienie objawów ogniskowych (neurologicznych) wywołanych zaburzeniami krążenia mózgowego trwających ponad 24 godziny (zawał tkanki mózgowej, krwotok, zator). Zaburzenia te powodują określone zmiany morfologiczne w tkance mózgowej manifestujące się trwałym deficytem neurologicznym trwającym co najmniej 3 miesiące, potwierdzonym obiektywnie (badanie lekarskie). Ubezpieczeniem nie jest objęte przemijające niedokrwienie mózgu (TIA) i objawy neurologiczne spowodowane migreną.

CHIRURGICZNE LECZENIE CHOROBY WIEŃCOWEJ

§ 5

Za chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej uważa się zabieg na otwartym sercu polegający na wytworzeniu pomostów aortalno-wieńcowych (by-pass) z powodu zwężenia lub niedrożności dwóch i więcej tętnic wieńcowych z wyłączeniem przeszskórnej angioplastyki balonowej, angioplastyki laserowej i innych technik nieoperacyjnych. Konieczność przeprowadzenia zabiegu musi być potwierdzona badaniem koronarograficznym.

NIEWYDOLNOŚĆ NEREK

§ 6

Za niewydolność nerek uważa się chroniczne, nieodwracalne, całkowite zniszczenie miąższu obu nerek wymagające regularnych dializ (hemodializy lub dializy otrzewnowej) lub przeszczepu.

PRZESZCZEP DUŻYCH NARZĄDÓW

§ 7

Za przeszczep dużych narządów rozumie się przeszczep serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki jeżeli ubezpieczony jest biorcą.

PARALIŻ

§ 8

Za paraliż uważa się całkowitą, nieodwracalną trwającą co najmniej 3 miesiące, utratę władzy w dwóch lub więcej kończynach z powodu urazu lub choroby rdzenia kręgowego lub mózgu. Utrata władzy musi być potwierdzona jako trwała przez specjalistę neurologa. Utrata władzy w kończynach określona jako porażenie obustronne (diplegia), porażenie połowicze (hemiplegia), porażenie cztero kończynowe (tetraplegia i quadriplegia) jest objęte ubezpieczeniem. Przy orzekaniu zasadności roszczenia nie bierze się pod uwagę niedowładów.

UTRATA KOŃCZYN

§ 9

Za utratę kończyn uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę dwóch lub więcej kończyn spowodowaną zewnętrznym urazem. Ubezpieczenie obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk (dłoni) lub obu stóp oraz jednoczasową utratę jednej ręki (dłoni) i jednej stopy.

ŚLEPOTA

§ 10

Za ślepotę uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę wzroku wskutek choroby lub urazu. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę okulistę. Ślepota nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi.

GŁUCHOTA

§ 11

Za głuchotę uważa się całkowitą i nieodwracalną obustronną utratę słuchu w zakresie wszystkich dźwięków wskutek nagłej choroby lub urazu. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa wraz z wynikiem badania audiometrycznego. Głuchota nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi.

UTRATA MOWY

§12

Za utratę mowy uważa się całkowitą i nieodwracalną utratę zdolności mowy wskutek choroby lub urazu przez okres co najmniej 12 miesięcy. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę laryngologa wraz z potwierdzeniem trwałego uszkodzenia strun głosowych. Utrata mowy nie może poddawać się korekcji dostępnymi procedurami medycznymi. Wyłączone są wszystkie przypadki utraty mowy o podłożu psychiatrycznym.

OPARZENIA

§ 13

Za oparzenia uważa się uszkodzenie tkanek stopnia III-go obejmujące przynajmniej 20% powierzchni ciała spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych, fizycznych.

ŁAGODNY GUZ MÓZGU

§ 14

Za łagodny guz mózgu uważa się zagrażający życiu niezłośliwy guz mózgu potwierdzony przez specjalistę neurologa lub neurochirurga. Ubezpieczeniem objęte są guzy wewnątrzczaszkowe powodujące uszkodzenie mózgu, wymagające interwencji neurochirurgicznej lub w przypadku guzów nieoperacyjnych powodujące trwały deficyt neurologiczny. Ubezpieczeniem nie są objęte: cysty, ziarniaki, anomalie naczyniowe mózgu, krwiaki, guzy przysadki i rdzenia.

ŚPIĄCZKA

§ 15

Za śpiączkę uważa się stan nieprzytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne, wewnętrzne trwający nieprzerwanie, wymagający zastosowania aparatury podtrzymującej życie, przez okres co najmniej 96 godzin, powodujący trwały deficyt neurologiczny potwierdzony przez specjalistę neurologa. Ubezpieczeniem nie jest objęta śpiączka spowodowana spożyciem alkoholu, leków, narkotyków i innych środków odurzających.

CHOROBA CREUTZFELDTA – JAKOBA

§16

Choroba Creutzfeldta – Jakoba – postępująca choroba zakaźna (zakażenie następuje m.in. poprzez spożycie zakażonego mięsa lub innych produktów, w następstwie zabiegów

medycznych), charakteryzująca się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.

ZAKAŻENIE WIRUSEM HIV

§17

Zakażenie Wirusem HIV/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi) - zakażenie wywołane przez Human Immunodeficiency Virus lub potwierdzona diagnoza Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności. Wszystkie poniższe warunki muszą być spełnione, aby uznać zasadność świadczenia:

- 1) zakażenie nastąpiło w wyniku uzasadnionej medycznie (z medycznego punktu widzenia) transfuzji krwi przeprowadzonej po dniu zawarcia dodatkowej umowy ubezpieczenia obejmującej swym zakresem ryzyko Zakażenia Wirusem HIV / Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w trakcie transfuzji krwi),
- 2) instytucja dokonująca transfuzji uznaje swoją odpowiedzialność,
- 3) ubezpieczony nie jest hemofilikiem.

§ 18

Niniejszy Rozszerzony Katalog Poważnych Zachorowań został zatwierdzony Uchwałą nr 184/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski

KATALOG OPERACJI WARTA

1. OPERACJE POWŁOK CIAŁA

- a) przepukliny nabyte (2)*
- b) operacje plastyczne rekonstrukcyjne następstw wypadków (1)

2. OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO I NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ

- a) operacje przełyku (5)
- b) operacje przepukliny rozworu przełykowego (2)
- c) resekcja żołądka
 - częściowa resekcja żołądka (4)
 - całkowita resekcja żołądka (5)
- d) operacje jelit (4)
- e) operacja wyrostka robaczkowego (1)
- f) operacje odbytnicy, odbytu (żylaki odbytu patrz pkt. 9b)
 - bez utworzenia stałego sztucznego odbytu (4)
 - z utworzeniem stałego sztucznego odbytu (5)
- g) operacje wątroby (5)
- h) operacje pęcherzyka i dróg żółciowych (3)
- i) operacje trzustki (5)
- j) operacje śledziony (3)

3. AMPUTACJE

- a) amputacja palców (1)
- b) amputacja ręki, przedramienia, stopy (3)
- c) amputacja podudzia, ramienia, uda (4)
- d) całkowita amputacja kończyny z wyluszczeniem w stawie (5)
- e) amputacja prosta sutka/ów (3)
- f) amputacja doszczętna sutka/ów z usunięciem zawartości dołu pachowego (5)

4. OPERACJE ZWIĄZANE Z OTWARCIEM KLATKI PIERSIOWEJ

- a) operacje płuca (5)

5. OPERACJE NARZĄDÓW ZMYŚLU

- a) operacje oka
 - urazowe uszkodzenie gałki ocznej (3)
 - usunięcie gałki ocznej (3)
 - jaskra, zaćma, odwarstwienie siatkówki (2)
- b) operacje ucha
 - zabiegi w obrębie ucha środkowego (3)
 - zabiegi w obrębie ucha wewnętrznego (4)
- c) operacje nosa
 - wewnątrznosowa operacja zatok (3)
 - zewnątrznosowa operacja zatok (4)
 - operacje przegrody nosowej i małżowin nosa (2)

6. OPERACYJNE LECZENIE KOŚĆCA

- a) operacje czaszki
 - usunięcie kości, trepanacja lub odbarczenie (3)
 - otwarcie jamy czaszki (5)
- b) operacje twarzoczaszki (2)
- c) operacje kręgosłupa, obręczy barkowej i miednicy (4)
- d) operacje kończyn (3)

7. OPERACJE UKŁADU MOCZOWO-PŁCIOWEGO

- a) operacje nerki, dróg moczowych (4)
- b) operacje prostaty (3)
- c) operacje ginekologiczne
 - jajnika i jajowodu (2)
 - w obrębie sromu, pochwy i szyjki macicy (2)
 - macicy (4)
- d) operacje męskich narządów płciowych (2)

8. OPERACJE GUZÓW NOWOTWOROWYCH

- a) usunięcie guzów złośliwych, z wyłączeniem guzów skóry, tkanki podskórnej, błony śluzowej (5)
- b) usunięcie guzów złośliwych skóry, tkanki podskórnej, błony śluzowej (3)

9. OPERACJE NACZYŃ UKŁADU KRWIONOŚNEGO

- a) operacje tętnic (5)
- b) operacje żył, żylaki odbytu (2)

10. OPERACJE KARDIOCHIRURGICZNE

- a) chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej - by-pass (4)
- b) wymiana zastawek wskutek wad nabytych (5)
- c) wszczepienie rozrusznika serca (3)
- d) wycięcie tętniaka serca (5)
- e) zabieg udrożnienia tętnic wieńcowych – PTCA (2)

11. OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE

- a) operacje centralnego układu nerwowego - mózg i rdzeń kręgowy (5)
- b) operacje obwodowego układu nerwowego (4)

12. OPERACJE TARCZYCY (4)

13. PRZESZCZEPY

- a) przeszczep serca (5)
- b) przeszczep wątroby (5)
- c) przeszczep nerki (5)
- d) przeszczep innych narządów (4)

* w nawiasach podano skalę operacji od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe)

Niniejszy Katalog Operacji został zatwierdzony Uchwałą nr 187/2005 Zarządu TUnŻ „WARTA VITA” S.A. z dnia 16 sierpnia 2005 roku.



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



Wiceprezes Zarządu
TUnŻ „WARTA” S.A.
Artur Biskupski