

warta.



Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Indywidualne ubezpieczenie na życie i dożycie
Warta Bezpieczna Przyszłość

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE

Warta Bezpieczna Przyszłość

SPIS TREŚCI

I.	Ogólne Warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość	3
	Postanowienia ogólne	3
	Przedmiot i zakres ubezpieczenia	4
	Zawarcie i czas trwania umowy ubezpieczenia	4
	Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa	4
	Odpowiedzialność ubezpieczyciela	5
	Rozwiązanie umowy ubezpieczenia	5
	Suma ubezpieczenia	6
	Składka regularna	6
	Skutki niezapłacenia składki regularnej	6
	Indeksacja	6
	Zawieszenie opłacania składek regularnych	7
	Udział w zysku	7
	Premia ubezpieczeniowa	7
	Wysokości świadczeń ubezpieczyciela	7
	Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela	7
	Uprawnieni do otrzymania świadczenia	8
	Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela	8
	Wykup ubezpieczenia	9
	Postanowienia końcowe	9
II.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego	12
III.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku	15
IV.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	19
V.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia przejścia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego	23
VI.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego	27
VII.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku	31
VIII.	Ogólne warunki dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące pobytu ubezpieczonego w szpitalu	35
IX.	Ogólne warunki dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące poważnego zachorowania ubezpieczonego	41
X.	Ogólne warunki dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące leczenia specjalistycznego ubezpieczonego	46
XI.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej ubezpieczonego	51
XII.	Ogólne warunki dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące operacji ubezpieczonego	55
XIII.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY	61
XIV.	Katalog operacji	70
XV.	Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu	79
XVI.	Katalog poważnych zachorowań	94
XVII.	Katalog metod leczenia specjalistycznego	104
XVIII.	Katalog sportów uprawianych wyczynowo	107
XIX.	Ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym	109
XX.	Zasady działania funduszy	115
XI.	Tabela opłat, limitów i funduszy	120

Informacja do ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość, zatwierdzonych uchwałą nr 23/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 kwietnia 2026 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2 Ochrona tymczasowa: § 4 ust. 5-6 § 15 § 16 § 20
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 ust. 7 § 16 ust. 10-11 § 19 § 21 ust. 12
3. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 20

OGÓLNE WARUNKI INDYWIDUALNEGO UBEZPIECZENIA NA ŻYCIE I DOŻYCIE Warta Bezpieczna Przyszłość

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Niniejsze Ogólne warunki ubezpieczenia (OWU) stosuje się w umowach ubezpieczenia zawieranych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna (TUnŻ „WARTA” S.A.), zwane dalej ubezpieczycielem, z ubezpieczającymi.
2. W niniejszych OWU wymienionym poniżej terminom nadaje się znaczenie:
 - 1) **miesiąc polisowy** – pierwszy miesiąc polisowy to miesiąc rozpoczynający się w dniu zawarcia umowy ubezpieczenia; kolejne miesiące polisowe to miesiące rozpoczynające się w takim samym dniu każdego następnego miesiąca kalendarzowego; jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego;
 - 2) **okres ubezpieczenia** – czas na jaki zawarto umowę ubezpieczenia, wskazany w polisie;
 - 3) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 4) **polisa** – dokument ubezpieczenia, w rozumieniu art. 809 kodeksu cywilnego, który jest dowodem zawarcia umowy ubezpieczenia i objęcia ochroną ubezpieczeniową na zasadach określonych w OWU;
 - 5) **premia ubezpieczeniowa** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca na zasadach określonych w § 14;
 - 6) **rezerwa matematyczna** – kwota pieniężna gromadzona przez TUnŻ „WARTA” S.A. w trakcie trwania umowy ubezpieczenia poprzez odkładanie części składek z przeznaczeniem na pokrycie przyszłych zobowiązań wynikających z umowy ubezpieczenia; tworzona przez ubezpieczyciela metodą aktuarialną przy zastosowaniu matematyki ubezpieczeniowej, finansowej i statystyki;
 - 7) **rocznica polisy** – rocznica zawarcia umowy ubezpieczenia, tj. dzień, który datą odpowiada dniowi zawarcia umowy ubezpieczenia; jeśli w danym miesiącu taki dzień nie istnieje – wtedy ostatni dzień miesiąca kalendarzowego;
 - 8) **rok polisowy** – okres pomiędzy kolejnymi rocznicami polisy;
 - 9) **składka regularna** – kwota opłacana przez ubezpieczającego z tytułu ochrony udzielanej w ramach umowy ubezpieczenia;
 - 10) **statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny zgodnie z ustawą prawo lotnicze, należący do przewoźnika lotniczego (działającego zgodnie z przepisami prawa lotniczego), posiadający aktualne dokumenty potwierdzające zdadność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 11) **statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodolot, poduszkowiec) przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej, w rozumieniu przepisów ustawy o żegludze śródlądowej lub kodeksu morskiego, posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów;
 - 12) **suma ubezpieczenia** – kwota określona w polisie, będąca podstawą ustalania wysokości świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego i dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia;
 - 13) **świadczenie** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu w razie zajścia zdarzenia objętego zakresem umowy ubezpieczenia;
 - 14) **ubezpieczający** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej zawierająca umowę ubezpieczenia;
 - 15) **ubezpieczony** – wskazana w umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie jest przedmiotem ubezpieczenia;
 - 16) **umowa ubezpieczenia** – umowa zawarta na podstawie niniejszych ogólnych warunków ubezpieczenia, za pośrednictwem agenta, której stronami są ubezpieczyciel i ubezpieczający; zawarta na rachunek własny albo na rachunek ubezpieczonego, na mocy której ubezpieczyciel zobowiązuje się spełnić określone świadczenie na rzecz uprawnionego w razie zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia, a ubezpieczający zobowiązuje się zapłacić składkę;
 - 17) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy stronami umowy ubezpieczenia, na rachunek własny albo na rachunek ubezpieczonego, na podstawie ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia (OWUD), stanowiących załączniki do OWU;
 - 18) **uprawniony** – osoba fizyczna, osoba prawna lub jednostka organizacyjna nieposiadająca osobowości prawnej, której w przypadku zajścia zdarzenia przewidzianego w umowie ubezpieczenia ubezpieczyciel wypłaca świadczenie;
 - 19) **wartość wykupu** – kwota wskazana w umowie ubezpieczenia, odpowiednio dla poszczególnych lat trwania umowy ubezpieczenia, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z jej rozwiązaniem, na zasadach określonych w § 20;
 - 20) **wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia** – oświadczenie ubezpieczającego o woli zawarcia umowy ubezpieczenia stanowiące jednocześnie zgodę na objęcie ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową, składane na odpowiednim formularzu;
 - 21) **wskaźnik indeksacji** – procent ustalany przez ubezpieczyciela na maksymalnym poziomie trzech punktów procentowych powyżej wskaźnika wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych, publikowanego przez GUS, za okres 12 miesięcy poprzedzających datę wysłania propozycji;
 - 22) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia

§ 2

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie podstawowym obejmującym następujące ryzyka:
 - 1) śmierć ubezpieczonego;
 - 2) dożycie przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia.
3. W przypadku zawarcia umów dodatkowego ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być również zdrowie ubezpieczonego.

Zawarcie i czas trwania umowy ubezpieczenia

§ 3

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na czas określony wskazany w polisie, nie krótszy niż 10 lat i nie dłuższy niż 25 lat, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Umowa ubezpieczenia zawierana jest maksymalnie do pierwszej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
3. Ubezpieczonym może być osoba, która w dniu złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
4. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na podstawie wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego.
5. Jeżeli wniosek o zawarcie umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo lub jest niekompletny, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego do jego uzupełnienia. W przypadku nieuzupełnienia braków nie dochodzi do zawarcia umowy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia dokumentów, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
7. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
8. Zawarcie umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza polisą.
9. Ubezpieczyciel ma prawo upoważnić agenta do wystawienia polisy bezpośrednio po złożeniu przez ubezpieczającego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem, o którym mowa w § 4 ust. 2.
10. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu określonym w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem że w przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawioną przez agenta umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu podpisania polisy przez ubezpieczającego i agenta.

Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa

§ 4

1. Tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa zawierana jest na podstawie prawidłowo wypełnionego wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawioną przez agenta tymczasowa ochrona ubezpieczeniowa nie ma zastosowania.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej rozpoczyna się od dnia złożenia wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz wpłaty pierwszej składki regularnej w wysokości wskazanej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia.
4. Składka regularna, o której mowa w ust. 3, zaliczana jest na poczet składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie OWU w zakresie potwierdzonym w polisie.
5. Zakres tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej obejmuje wyłącznie śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku.
6. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej polega na wypłacie uprawnionemu świadczenia w wysokości 100% sumy ubezpieczenia, określonej we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, nie więcej jednak niż 100 000 zł.
7. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku jest wyłączona jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła wskutek jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 4) poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 5) prowadzenia przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego lub statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
 - 6) uprawiania przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowania, wspinaczki skałkowej, wspinaczki wysokogórskiej, speleologii, baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotażu: sportowego, wojskowego, zawodowego, amatorskiego, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, skoków spadochronowych, wyścigów samochodowych lub motocyklowych, jazdy gokartami, jazdy quadami, sportów motorowodnych, sportów walki, skoków na gumowej linie;

- 7) przewozu lotniczego ubezpieczonego innego niż w charakterze pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
 - 8) zatrucia ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki zażycia tych środków zgodnie z zaleceniem lekarza;
 - 9) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
 - 10) rozpoznania u ubezpieczonego chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych, zaburzeń nerwicowych, uzależnień;
 - 11) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
8. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej kończy się w dniu zajścia wcześniejszego z poniższych zdarzeń:
 - 1) z upływem 60 dnia jej trwania;
 - 2) z dniem wystawienia przez ubezpieczyciela polisy;
 - 3) z dniem otrzymania przez ubezpieczyciela oświadczenia o rezygnacji z zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 4) z dniem otrzymania przez ubezpieczającego odmowy zawarcia umowy ubezpieczenia;
 - 5) z dniem śmierci ubezpieczonego.
 9. Ubezpieczyciel może wydłużyć okres, o którym mowa w ust. 8 pkt 1), o ile wnioski o zawarcie umowy ubezpieczenia wymagają uzupełnienia lub niezbędne jest dostarczenie do ubezpieczyciela wszelkiej dokumentacji niezbędnej do oceny ryzyka, w tym dokumentacji medycznej związanej ze stanem zdrowia ubezpieczonego.
 10. W przypadku wygaśnięcia tymczasowej ochrony, na zasadach określonych w ust. 8 pkt 1), 3) albo 4), ubezpieczyciel zwraca składkę regularną, o której mowa w ust. 3, w terminie 20 dni od dnia wygaśnięcia odpowiedzialności w zakresie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej.
 11. Jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła w czasie tymczasowej ochrony ubezpieczeniowej i nie była spowodowana wypadkiem, ubezpieczyciel zwraca składkę regularną, o której mowa w ust. 3 ubezpieczającemu albo spadkobiercy ubezpieczającego – w przypadku gdy ubezpieczony był jednocześnie ubezpieczającym.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 5

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela w zakresie wskazanym w § 2 ust. 2 rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty pierwszej składki regularnej, w wysokości ustalonej w umowie ubezpieczenia.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela kończy się z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.
3. Najpóźniej z dniem określonym w ust. 2 kończy się odpowiedzialność ubezpieczyciela wynikająca ze wszystkich umów dodatkowego ubezpieczenia.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§ 6

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę ubezpieczenia ze skutkiem na dzień złożenia pisemnego zawiadomienia o wypowiedzeniu.
3. Odstąpienie od umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia składki regularnej za czas udzielanej ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku wypowiedzenia umowy ubezpieczenia przez ubezpieczającego, ubezpieczyciel dokonuje wypłaty wartości wykupu. Wypłata wartości wykupu następuje na zasadach określonych w § 20.

§ 7

1. Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu:
 - 1) z dniem śmierci ubezpieczającego, z zastrzeżeniem ust. 3;
 - 2) z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 3) z upływem okresu dodatkowego na opłacenie składki regularnej, o którym mowa w § 10 ust. 1;
 - 4) z dniem złożenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego wniosku o odstąpienie od umowy ubezpieczenia;
 - 5) z dniem złożenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego wypowiedzenia umowy ubezpieczenia lub wniosku o wykup ubezpieczenia;
 - 6) z upływem okresu na jaki została zawarta.
2. Rozwiązanie umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie wszystkich umów dodatkowego ubezpieczenia.
3. W przypadku śmierci ubezpieczającego (w sytuacji, gdy ubezpieczający i ubezpieczony są różnymi osobami), za zgodą ubezpieczyciela, ubezpieczony może wejść w prawa i obowiązki ubezpieczającego. Wniosek o wstąpienie w prawa i obowiązki ubezpieczającego ubezpieczony składa do ubezpieczyciela w terminie 60 dni od śmierci ubezpieczającego.
4. W przypadku rozwiązania umowy ubezpieczenia, ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki regularnej, proporcjonalnie za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.

Suma ubezpieczenia

§ 8

1. Wysokość sumy ubezpieczenia ubezpieczyciel ustala zgodnie z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
2. Ubezpieczyciel, po przeanalizowaniu wszystkich informacji zawartych we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz w innych dokumentach złożonych przez ubezpieczonego, które mogą mieć istotny wpływ na prawdopodobieństwo zajścia zdarzenia objętego umową ubezpieczenia, ma prawo zaproponować inną wysokość sumy ubezpieczenia niż wskazana we wniosku.
3. Wysokość sumy ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza pisemnie w polisie.

Składka regularna

§ 9

1. Ubezpieczający jest zobowiązany do wpłacania składek regularnych w wysokości określonej w polisie, z zastrzeżeniem §11.
2. Składka regularna płatna jest miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie w terminach określonych w polisie.
3. Wysokość składki regularnej zależy od: sumy ubezpieczenia, aktualnego wieku ubezpieczonego, okresu ubezpieczenia, stanu zdrowia ubezpieczonego, charakteru wykonywanej przez ubezpieczonego pracy, trybu życia ubezpieczonego, zakresu ochrony ubezpieczeniowej oraz innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Ubezpieczający wpłaca pierwszą składkę regularną najpóźniej następnego dnia roboczego po złożeniu wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia. Każdą następną składkę regularną ubezpieczający zobowiązany jest wpłacić zgodnie ze wskazaną częstotliwością – do pierwszego dnia okresu, za który składka regularna jest należna.
5. Za dzień wpłaty składki regularnej uznaje się dzień wpływu składki regularnej do ubezpieczyciela, w wysokości wynikającej z umowy ubezpieczenia.
6. Ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o zmianę częstotliwości opłacania składki regularnej nie później niż 45 dni przed najbliższą rocznicą polisy. Zmiana częstotliwości opłacania składki regularnej jest możliwa tylko w rocznicę polisy.
7. Zmiana częstotliwości opłacania składki regularnej dotyczy umowy ubezpieczenia wraz ze wszystkimi umowami dodatkowego ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel pisemnie potwierdza ubezpieczającemu zmianę warunków opłacania składki regularnej.

Skutki niezapłacenia składki regularnej

§ 10

1. Jeśli kolejna składka regularna nie zostanie wpłacona przez ubezpieczającego w terminie określonym w § 9 ust. 4, ubezpieczyciel wezwie ubezpieczającego pisemnie do wpłaty zaległych składek regularnych w dodatkowym terminie, nie krótszym niż 7 dni od dnia otrzymania przez ubezpieczającego wezwania oraz powiadomi go o skutkach niezapłacenia zaległych składek regularnych w dodatkowym terminie.
2. W przypadku umowy ubezpieczenia potwierdzonej polisą wystawioną przez agenta, brak wpłaty pierwszej składki regularnej w wysokości wskazanej w polisie, w terminie 14 dni od wystawienia polisy oznacza rezygnację ubezpieczającego z zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. W przypadku braku wpłaty składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w ust. 1, umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, a ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu wartość wykupu według stanu na ostatni dzień trwania umowy ubezpieczenia. Wypłata wartości wykupu następuje na wniosek ubezpieczającego złożony ubezpieczycielowi, na zasadach określonych w § 20.

Indeksacja

§ 11

1. Począwszy od pierwszej rocznicy ubezpieczenia ubezpieczyciel ma prawo zaproponować ubezpieczającemu podwyższenie (indeksację) sumy ubezpieczenia o wskaźnik indeksacji.
2. W przypadku skorzystania z prawa wskazanego w ust. 1 ubezpieczyciel najpóźniej 30 dni przed rocznicą polisy przesyła ubezpieczającemu propozycję indeksacji.
3. W propozycji indeksacji na kolejny rok polisowy ubezpieczyciel podaje zindeksowaną wartość sumy ubezpieczenia oraz wysokość składki regularnej wynikającą z przeprowadzonej indeksacji.
4. Jeżeli ubezpieczający nie wyraża zgody na indeksację, zobowiązany jest pisemnie poinformować ubezpieczyciela o swojej decyzji najpóźniej w terminie 14 dni przed rocznicą polisy.
5. Brak pisemnej odpowiedzi ze strony ubezpieczającego na propozycję, o której mowa w ust. 2, w terminie wskazanym w ust. 4, traktowany jest jako zgoda ubezpieczającego na indeksację.
6. Indeksacja obejmuje umowę ubezpieczenia oraz wszystkie umowy dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Indeksacja nie jest proponowana:
 - 1) dla umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej ubezpieczonego;
 - 2) dla umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY;
 - 3) w okresie przejścia opłacania składki regularnej przez ubezpieczyciela;
 - 4) w przypadku zawieszenia opłacania składek regularnych, o którym mowa w § 12;
 - 5) w ostatnich 2 latach okresu ubezpieczenia.
8. Podwyższenie sumy ubezpieczenia w wyniku indeksacji powoduje zmianę wysokości składki regularnej.
9. Poziom zmiany wysokości składki regularnej z tytułu umowy ubezpieczenia oraz umów dodatkowego ubezpieczenia ustalany jest w oparciu o kwotę podwyższenia sumy ubezpieczenia z uwzględnieniem czynników, o których mowa w § 9 ust. 3 oraz na podstawie aktualnej taryfy składek.

Zawieszenie opłacania składek regularnych

§ 12

1. Po upływie 3 lat polisowych ubezpieczający ma prawo do zawieszenia opłacania składek regularnych na okres od 3 do 6 miesięcy od daty wymagalności pierwszej składki regularnej przypadającej po dniu złożenia stosownego wniosku. Warunkiem zawieszenia opłacania składek regularnych jest opłacenie wszystkich składek regularnych wymaganych do dnia zawieszenia oraz złożenie ubezpieczycielowi stosownego wniosku.
2. Zawieszenie opłacania składek regularnych możliwe jest tylko dla umów z częstotliwością miesięczną, kwartalną i półroczną, a wnioskowany okres zawieszenia musi być zgodny z obowiązującą w umowie ubezpieczenia częstotliwością opłacania składek regularnych.
3. Kolejne zawieszenie opłacania składek regularnych możliwe jest po upływie 3 lat od początku poprzedniego okresu zawieszenia opłacania składek regularnych.
4. W przypadku zawieszenia opłacania składek regularnych zakres ochrony ubezpieczeniowej wskazany w § 2 ust. 2 zostaje zachowany, natomiast nie jest świadczona ochrona ubezpieczeniowa z tytułu umów dodatkowego ubezpieczenia.
5. Po zakończeniu okresu zawieszenia opłacania składek regularnych, ubezpieczający zobowiązany jest wpłacić wszystkie składki regularne należne za okres zawieszenia (z wyłączeniem składek regularnych z tytułu umów dodatkowych ubezpieczeń, w ramach których w okresie zawieszenia nie jest udzielana ochrona ubezpieczeniowa), w terminie o którym ubezpieczyciel poinformuje ubezpieczającego na 30 dni przed zakończeniem okresu zawieszenia płatności składki regularnej.
6. Jeżeli po okresie zawieszenia opłacania składek regularnych ubezpieczający nie opłaci składek regularnych w terminie, o którym mowa w ust. 5, zastosowanie mają postanowienia § 10 ust. 3.
7. W przypadku zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, w okresie zawieszenia składek regularnych ubezpieczający może wpłacać składkę dodatkową na zasadach określonych w ogólnych warunkach umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Udział w zysku

§ 13

1. W każdą rocznicę polisy przysługuje udział w zysku.
2. Kwota udziału w zysku ustalana jest jako iloczyn stopy udziału w zysku oraz średniej ze stanu rezerwy matematycznej dla danej umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym, o którym mowa w § 2 ust. 2, z rocznicy polisy, w której przyznawany jest udział w zysku, oraz rocznicy ją poprzedzającej.
3. Stopa udziału w zysku nie może być niższa od 90% wartości obliczanej jako stopa zysku zrealizowana przez ubezpieczyciela w ciągu ostatnich 12 miesięcy, pomniejszona o stopę techniczną i procentowy wskaźnik kosztów w wysokości 0,6%.
4. Udział w zysku liczony jest za okres ostatnich 12 miesięcy przypadających pomiędzy rocznicami polisy.
5. Począwszy od drugiej rocznicy polisy przysługuje dodatkowo udział w zysku od sumy udziałów w zysku przyznanych w poprzednich rocznicach polisy, obliczony jako iloczyn stopy udziału w zysku, o której mowa w ust. 3 oraz sumy udziałów w zysku przyznanych w poprzednich rocznicach polisy, z zastrzeżeniem, że stopa udziału w zysku nie zostaje pomniejszona o stopę techniczną.
6. Udział w zysku przysługuje również w okresie zawieszenia opłacania składek regularnych.

Premia ubezpieczeniowa

§ 14

1. Na premię ubezpieczeniową składają się wartości udziałów w zysku obliczonych zgodnie z zapisami § 13 ust. 2 i 5.
2. Wartość premii ubezpieczeniowej powiększa wartość świadczenia z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia oraz z tytułu śmierci ubezpieczonego, o których mowa w § 2 ust. 2 oraz wartość wykupu, o którym mowa w § 20.

Wysokości świadczeń ubezpieczyciela

§ 15

1. Ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego w wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w dniu śmierci ubezpieczonego, powiększonej o premię ubezpieczeniową, z zastrzeżeniem § 18.
2. Ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu umowy ubezpieczenia w wysokości sumy ubezpieczenia, powiększonej o premię ubezpieczeniową.

Ustalenie i wypłata świadczeń ubezpieczyciela

§ 16

1. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu śmierci ubezpieczonego, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia. Uprawniony zobowiązany jest dołączyć do wniosku dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia. Ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć do wniosku dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu ubezpieczenia na rachunek bankowy wskazany przez ubezpieczonego.

3. Za dzień złożenia wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia uznaje się datę wpływu wniosku do ubezpieczyciela.
4. W terminie 7 dni od otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzenia losowego objętego ochroną ubezpieczeniową, ubezpieczyciel informuje o tym ubezpieczającego lub ubezpieczonego, którego zdarzenie dotyczy, 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, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania. W przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek zawiadomienie o wystąpieniu zdarzenia losowego może zgłosić również ubezpieczony albo jego spadkobiercy.
5. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzeniu.
6. Gdyby w terminie 30 dni, określonym w ust. 5, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia odpowiedzialności ubezpieczyciela albo wysokości świadczenia okazało się niemożliwe, świadczenie zostanie spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część świadczenia ubezpieczyciel wypłaca w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu zdarzeniu.
7. Jeżeli w terminach określonych w ust. 5 i 6 ubezpieczyciel nie wypłaci świadczenia, zawiadamia pisemnie osobę zgłaszającą roszczenie oraz ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia ich roszczeń w całości lub w części, a także wypłaca bezsporną część świadczenia.
8. Jeżeli świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, ubezpieczyciel informuje o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz ubezpieczonego, w przypadku umowy ubezpieczenia zawartej na cudzy rachunek, jeżeli nie jest on osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniające całkowitą lub częściową odmowę wypłaty świadczenia. Informacja ta zawiera pouczenie o możliwości dochodzenia roszczeń na drodze sądowej.
9. Za datę wypłaty świadczenia uznaje się dzień uznania rachunku bankowego osoby, na rzecz której świadczenie jest spełniane kwotą należnego świadczenia.
10. W przypadku gdy na dzień ustalenia wysokości świadczenia istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek regularnych z tytułu umowy ubezpieczenia lub z tytułu umów dodatkowych ubezpieczeń, ubezpieczyciel pomniejszy świadczenie o wartość zaległości z tytułu opłacania składek regularnych, w przypadku jeżeli ubezpieczający i uprawniony do otrzymania świadczenia są tą samą osobą.
11. W przypadku gdy wymagane dokumenty niezbędne do ustalenia świadczenia, sporządzone zostały w języku innym niż polski, ubezpieczyciel może zażądać, aby osoba uprawniona dostarczyła je przetłumaczone na język polski przez tłumacza przysięgłego.

Uprawnieni do otrzymania świadczenia

§ 17

1. Ubezpieczony może wskazać uprawnionego do otrzymania świadczenia od ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego, zarówno przed zawarciem, jak i w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia.
2. W każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia ubezpieczony ma prawo zmienić lub odwołać wskazanie, o którym mowa w ust. 1.
3. Ubezpieczony pisemnie składa ubezpieczycielowi wniosek o wskazanie lub zmianę uprawnionego. Ubezpieczyciel związany jest dokonaną zmianą począwszy od dnia następnego po dniu złożeniu wniosku.

§ 18

1. Jeżeli ubezpieczony wskazał więcej niż jednego uprawnionego do otrzymania świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego, świadczenie wypłaca się uprawnionym w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w świadczeniu. Jeżeli ubezpieczony nie wskazał udziału tych osób w świadczeniu przyjmuje się, iż udziały tych osób w świadczeniu są równe.
2. Jeżeli uprawniony umyślnie przyczynił się do śmierci ubezpieczonego albo zmarł przed śmiercią ubezpieczonego, to wskazanie uprawnionego staje się bezskuteczne.
3. Jeżeli w chwili śmierci ubezpieczonego nie ma uprawnionego, świadczenie przypada członkom rodziny zmarłego według następującej kolejności:
 - 1) małżonkowi;
 - 2) w równych częściach dzieciom, jeżeli brak jest małżonka;
 - 3) w równych częściach rodzicom, jeżeli brak jest małżonka i dzieci;
 - 4) w równych częściach innym osobom powołanym do dziedziczenia po ubezpieczonym, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1)-3).

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela

§ 19

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego ogranicza się do wypłaty świadczenia w wysokości wartości wykupu, jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła wskutek jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę;
 - 2) działań wojennych, stanu wojennego;
 - 3) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 4) poddania się ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;

- 5) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia, które powstały w wyniku popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
3. Zatajenie lub podanie ubezpieczycielowi nieprawdziwych informacji przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
4. W przypadkach, o których mowa w ust. 2-3, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu lub spadkobiercom ubezpieczonego (w przypadku gdy ubezpieczający i ubezpieczony byli tą samą osobą) równowartość wartości wykupu. Wypłata równowartości wartości wykupu następuje na wniosek ubezpieczającego albo jego spadkobiercy. Kwota odpowiadająca wartości wykupu obliczana jest na dzień śmierci ubezpieczonego i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 20.

Wykup ubezpieczenia

§ 20

1. Ubezpieczający w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia może dokonać wykupu ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 6 ust. 2.
2. Wykup ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczającemu kwoty w wysokości wartości wykupu, aktualnej na dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
3. Kwota wypłacana przez ubezpieczyciela tytułem wykupu ubezpieczenia ulega podwyższeniu o kwotę premii ubezpieczeniowej, o której mowa w § 14, w wysokości obowiązującej w dniu złożenia ubezpieczycielowi wniosku o wykup ubezpieczenia.
4. Wypłata wartości wykupu następuje na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wykup, do którego ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości wykupu.
5. W przypadku, gdy na dzień ustalenia wartości wykupu istnieją jakiegokolwiek zaległości z tytułu opłacania składek regularnych z tytułu umowy ubezpieczenia lub z tytułu umów dodatkowego ubezpieczenia, ubezpieczyciel pomniejszy wartość wykupu o wartość zaległości.
6. Ubezpieczyciel wypłaca kwotę wykupu ubezpieczenia w terminie 20 dni od otrzymania wniosku o wykup ubezpieczenia złożonego przez ubezpieczającego.
7. Wypłata wartości wykupu następuje według stanu tej kwoty na dzień rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Postanowienia końcowe

§ 21

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie.
2. Za zgodą ubezpieczyciela i ubezpieczającego zawiadomienia i oświadczenia woli mogą być składane w innej formie niż pisemna.
3. Ubezpieczający, ubezpieczony oraz ubezpieczyciel zobowiązani są do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do prowadzenia korespondencji w związku z realizacją umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli po objęciu danego ubezpieczonego ochroną ubezpieczeniową doszło do zmiany nazwiska bądź imienia ubezpieczonego lub uprawnionego, osoba składająca wniosek o wypłatę świadczenia/ zawiadomienie o zajściu zdarzenia, zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do świadczenia zgodnie z danymi posiadanymi przez ubezpieczyciela.
5. Przez dzień złożenia wniosku lub oświadczenia (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku lub oświadczenia) rozumie się dzień doręczenia wniosku lub oświadczenia ubezpieczycielowi albo agentowi.
6. Reklamacje, mogą być składane ubezpieczycielowi:
 - 1) na piśmie w postaci papierowej: na adres skrytka pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1 albo doręczone osobiście w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów,
 - 2) na piśmie w postaci elektronicznej: na adres do doręczeń elektronicznych: AE:PL-43731-69770-HRJAI-14 albo za pomocą formularza na stronie www.warta.pl/reklamacje,
 - 3) ustnie: telefonicznie pod nr 502 308 308 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo do protokołu w każdej jednostce ubezpieczyciela obsługującej klientów.
7. Ubezpieczyciel rozpatrzy reklamację w terminie 30 dni od daty wpływu i udzieli odpowiedzi na piśmie: listem w postaci papierowej lub pocztą elektroniczną w postaci elektronicznej – w zależności od sposobu zgłoszenia reklamacji lub wyboru składającego reklamację. W przypadku złożenia reklamacji przez klienta na adres do doręczeń elektronicznych, ubezpieczyciel udzieli odpowiedzi elektronicznie na adres do doręczeń elektronicznych klienta. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wnoszący reklamację zostanie uprzednio powiadomiony.
8. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest jednostka organizacyjna TUnŻ „WARTA” S.A. wyznaczona przez Zarząd TUnŻ „WARTA” S.A.
9. Niezależnie od postanowień niniejszych OWU ubezpieczyciel wykonuje swoje obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
10. Podmiotem uprawnionym do pozasądowego rozpatrywania sporów jest:
 - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl);
 - 2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).
11. Ubezpieczający ma prawo za zgodą ubezpieczonego przenieść prawa i obowiązki z umowy na inny podmiot. W przypadku przeniesienia praw i obowiązków na inny podmiot, z chwilą przeniesienia podmiot ten staje się ubezpieczającym. Przeniesienie praw i obowiązków z umowy na inny podmiot wymaga zgody ubezpieczyciela wyrażonej w formie pisemnej pod rygorem nieważności.

12. Ubezpieczyciel nie udziela ochrony lub nie wypłaca świadczenia w przypadkach w jakich ochrona lub wypłata świadczenia naraziłyby ubezpieczyciela na konsekwencje związane z nieprzestrzeganiem rezolucji ONZ lub regulacji sankcyjnych, embarga handlowego lub sankcji ekonomicznych wprowadzonych na podstawie prawa Unii Europejskiej lub prawa innych krajów oraz regulacji wydanych przez organizacje międzynarodowe, jeśli mają zastosowanie do przedmiotu umowy ubezpieczenia.

§ 22

1. W porozumieniu z ubezpieczającym mogą być wprowadzone do umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w niniejszych OWU. Wszelkie zmiany umowy ubezpieczenia wymagają formy pisemnej.
2. W przypadku zmiany systemu monetarnego w Polsce lub denominacji polskiej waluty zobowiązania finansowe wynikające z umowy ubezpieczenia będą odpowiednio zmienione, zgodnie z kursem wymiany złotego ogłoszonym przez Narodowy Bank Polski.
3. Roszczenia z tytułu umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
4. Umowy dodatkowych ubezpieczeń stanowią integralną część umowy ubezpieczenia.
5. W przypadku rozszerzenia zakresu umowy ubezpieczenia o umowę dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, ubezpieczający może złożyć, maksymalnie na 3 miesiące przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, wniosek o kontynuację umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, po jej zakończeniu.
6. W przypadku złożenia wniosku, o którym mowa w ust. 5, ubezpieczyciel przesyła ubezpieczającemu, maksymalnie na 2 miesiące przed upływem okresu na jaki została zawarta umowa ubezpieczenia, propozycję wraz z określeniem warunków kontynuacji umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

§ 23

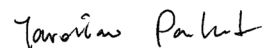
1. W sprawach nieuregulowanych w niniejszych OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa, a także odpowiednie przepisy podatkowe.
2. Powództwo o roszczenia wynikające z umowy ubezpieczenia lub ze stosunku ubezpieczenia można wytoczyć przed sąd właściwy według przepisów o właściwości ogólnej bądź sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby ubezpieczającego, ubezpieczonego lub uprawnionego lub spadkobiercy ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego.
3. Dla umów ubezpieczenia zawartych na podstawie niniejszych OWU właściwym jest prawo polskie.
4. Opodatkowanie świadczeń wypłacanych przez ubezpieczyciela nastąpi zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych albo ustawy z dnia 15 lutego 1992 r. o podatku dochodowym od osób prawnych. Świadczenie wypłacane przez ubezpieczyciela nie podlega przepisom ustawy z dnia 28 lipca 1983 r. o podatku od spadków i darowizn, w związku z art. 831 § 3 ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. kodeks cywilny.
5. Ubezpieczyciel oświadcza, że rzeczywisty właściciel w ramach transakcji objętych umową ubezpieczenia nie ma miejsca zamieszkania, siedziby lub zarządu w kraju stosującym szkodliwą konkurencję podatkową. Pojęcie rzeczywistego właściciela należy rozumieć zgodnie z definicją o której mowa w art. 5a pkt 33d) ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991 r. albo w art. 4a pkt 29) ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych z dnia 15 lutego 1992 r.
6. Informacja o stopie technicznej mającej zastosowanie w umowie ubezpieczenia znajduje się w polisie.
7. Miejscem ujawnienia sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej TUnŻ „WARTA” S.A. jest strona internetowa www.warta.pl.

§ 24

Niniejsze OWU zostały zatwierdzone Uchwałą nr 23/2026 Zarządu Towarzystwa Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 kwietnia 2026 roku.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 § 8 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data śmierci ubezpieczonego;
 - 2) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 3) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego, stanowiące załącznik do OWU;
 - 4) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 5) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy, od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres zgodny z okresem trwania umowy ubezpieczenia, przy czym okres ten nie może być krótszy niż 5 lat.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
6. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
7. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 6 dokumentów, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
9. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu określonej w § 17 OWU świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty pierwszej składki regularnej, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.

Składka regularna

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.

2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6
Z tytułu śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca osobie uprawnionej świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia.

Wypłata świadczenia

§ 7
1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
2. W przypadku śmierci ubezpieczonego ubezpieczający lub uprawniony do otrzymania świadczenia są zobowiązani niezwłocznie poinformować ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.

Wyłączenia odpowiedzialności

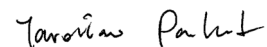
§ 8
1. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku:
1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę, popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu 2 lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia na jego rachunek;
2) poddania się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
3) działań wojennych, stanu wojennego;
4) czynnego udziału ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
5) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania.
2. Zatajenie lub podanie nieprawdziwych informacji ubezpieczycielowi przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.

§ 9
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10
Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 8 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCY UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 - 2) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 3) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
 - 4) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 5) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy, od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuży się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu określonej w § 17 OWU świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów:
 - 1) wypadek wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego;
 - 3) śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, nie później niż w ciągu 180 dni od daty wypadku.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty pierwszej składki regularnej, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.

Składka regularna

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

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

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
2. W przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku ubezpieczający lub uprawniony do otrzymania świadczenia są zobowiązani niezwłocznie poinformować ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
- 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
- 7) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

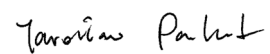
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 8 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU KOMUNIKACYJNEGO

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego;
 - 2) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 3) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, stanowiące załącznik do OWU;
 - 4) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 5) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego;
 - 6) **wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez policję, straż miejską, sąd, prokuraturę, powstały w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela w związku z ruchem:
 - a) lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, w którym ubezpieczony brał udział jako kierowca bądź uczestnik ruchu w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym, pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej), w którym ubezpieczony brał udział jako osoba kierująca lub pasażer lub pieszy, wywołany:
 - działaniem siły mechanicznej w momencie zetknięcia się pojazdu z osobami, przedmiotami, zwierzętami, lub
 - wywróceniem się pojazdu, lub
 - pożarem, wybuchem spowodowanym działaniem czynnika termicznego i/lub chemicznego,
 - b) wodnym pojazdów pływających, z udziałem statku wodnego, w którym ubezpieczony poruszał się jako osoba kierująca lub pasażer,
 - c) lotniczym statków powietrznych, w którym to statku ubezpieczony podróżował jako członek załogi lub pasażer.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie uprawnionemu określone w § 17 OWU świadczenia z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego, pod warunkiem spełnienia łącznie następujących kryteriów:
 - 1) wypadek komunikacyjny wystąpił w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a śmiercią ubezpieczonego;
 - 3) śmierć ubezpieczonego nastąpiła w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia, nie później niż w ciągu 180 dni od daty wypadku komunikacyjnego.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty pierwszej składki regularnej, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.

Składka regularna

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

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

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
2. W przypadku śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego ubezpieczający lub uprawniony do otrzymania świadczenia są zobowiązani niezwłocznie poinformować ubezpieczyciela o tym zdarzeniu.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
- 3) czynnym udziałem ubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 4) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego: baloniarstwa, lotniarstwa, szybownictwa, lotnictwa (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwa, motoparalotniarstwa, wyścigów samochodowych lub motocyklowych, jazdy gokartami, jazdy quadami, sportów motorowodnych;
- 7) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;

- 8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
- 10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

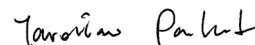
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 7 § 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 4 § 9 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA PRZEJĘCIA OPŁACANIA SKŁADKI REGULARNEJ W PRZYPADKU NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego przejęcia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dzień zajścia zdarzenia** – dzień powstania niezdolności do pracy ubezpieczonego w okresie udzielania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia wskazany w orzeczeniu o niezdolności do pracy przez podmiot do tego uprawniony lub przez komisję lekarską lub data wydania orzeczenia, jeżeli nie wskazano dnia powstania niezdolności do pracy;
 - 2) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy) powoływany przez ubezpieczyciela wydający orzeczenie w sprawie niezdolności do pracy ubezpieczonego na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
 - 3) **niezdolność do pracy** – powstałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela trwałe zmiany w stanie zdrowia ubezpieczonego spowodowane chorobą lub wypadkiem powodujące, że ubezpieczony jest całkowicie niezdolny do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, potwierdzone orzeczeniem o niezdolności do pracy wydaną przez podmiot uprawniony lub komisję lekarską;
 - 4) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 5) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego, stanowiące załącznik do OWU;
 - 6) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego.

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego doręczonego ubezpieczycielowi. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia wyłącznie z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie gdy ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym.
4. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
5. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 55 lat.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, nie dłużej niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 60 lat.
7. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia do wniosku, o którym mowa w ust. 1, dokumentów, na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
9. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia.
10. W przypadku rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia nie ma możliwości ponownego jej zawarcia.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie niezdolności do pracy ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na przejęciu opłacania składki regularnej wynikającej z umowy ubezpieczenia oraz zawartych umów dodatkowego ubezpieczenia na czas niezdolności do pracy ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 4.
4. Przejęcie opłacania składek regularnych przez ubezpieczyciela nie dotyczy umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Czas trwania odpowiedzialności

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu przejęcia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego, której przyczyną jest:
 - 1) wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia;

- 2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie jako początek okresu ubezpieczenia; nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu przejścia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego wygasa:
 - 1) w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 60 lat;
 - 2) z dniem śmierci ubezpieczonego;
 - 3) z dniem złożenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego oświadczenia o odstąpieniu albo zawiadomienia o wypowiedzeniu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 4) z dniem rozwiązania umowy ubezpieczenia.

Składka regularna

- § 5**
1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający wpłaca składki regularne w wysokości określonej w polisie.
 2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający wpłaca wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
 3. Składka regularna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest uzależniona od wysokości składek z tytułu umowy ubezpieczenia oraz zawartych umów dodatkowego ubezpieczenia.
 4. W przypadku indeksacji składki regularnej wynikającej z umowy ubezpieczenia zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Uprawniony

- § 6**
- Uprawnionym do świadczenia z tytułu przejścia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego jest ubezpieczający.

Świadczenie

- § 7**
- W przypadku wystąpienia niezdolności do pracy ubezpieczonego ubezpieczyciel przejmuje opłacanie składki regularnej wynikającej z umowy ubezpieczenia oraz zawartych umów dodatkowego ubezpieczenia, z zastrzeżeniem § 3 ust. 4, w wysokości obowiązującej w dniu zajścia zdarzenia, na czas orzeczonej niezdolności do pracy ubezpieczonego.

Wypłata świadczenia

- § 8**
1. Ubezpieczyciel przejmuje opłacanie składek na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego uprawniony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
 2. Przejęcie opłacania składki regularnej wynikającej z umowy ubezpieczenia oraz zawartych umów dodatkowych następuje od pierwszej składki regularnej wymagalnej po dniu zajścia zdarzenia, na czas orzeczonej niezdolności do pracy, pod warunkiem zaakceptowania przez ubezpieczyciela tego wniosku, jednak nie dłużej niż do dnia pierwszej rocznicy polisy przypadającej po dniu, w którym ubezpieczony ukończy 60. rok życia.
 3. W przypadku zaakceptowania wniosku, o którym mowa w ust. 1:
 - 1) ubezpieczyciel opłaca składki regularnej w czasie orzeczonej niezdolności do pracy ubezpieczonego;
 - 2) po zakończeniu okresu, na jaki wydane zostało orzeczenie o niezdolności do pracy ubezpieczonego, ubezpieczony powinien dostarczyć dokument potwierdzający dalszą niezdolność do pracy. W przypadku poprawy stanu zdrowia ubezpieczonego, tj. sytuacji w której ubezpieczony przestał spełniać warunki niezbędne do uznania za niezdolnego do pracy, ubezpieczający ponownie podejmuje obowiązek opłacania składek.
 4. W przypadku zaakceptowania wniosku, o którym mowa w ust. 1, ubezpieczyciel zwróci ubezpieczającemu składkę regularną wpłaconą przez niego za okres do dnia zaakceptowania wniosku, w ciągu 30 dni od jego zaakceptowania.
 5. W okresie przejścia opłacania składki regularnej przez ubezpieczyciela sumy ubezpieczenia, dodatkowe sumy ubezpieczenia oraz składki regularne wynikające z umowy ubezpieczenia oraz zawartych umów dodatkowego ubezpieczenia nie podlegają indeksacji.
 6. Ubezpieczyciel może wezwać ubezpieczonego na komisję lekarską w celu poddania się badaniom na koszt ubezpieczyciela lub wezwać ubezpieczonego do przedstawienia dokumentacji potwierdzającej istnienie niezdolności do pracy.
 7. W przypadku niepodjęcia przez ubezpieczającego opłacania składek w sytuacji, o której mowa w ust. 3. pkt 2), mają zastosowanie postanowienia § 10 OWU.

Wyłączenia odpowiedzialności

- § 9**
- Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego 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) rozpoznaniem u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 5) poddaniem się przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 6) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 7) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
- 8) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 9) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 10

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

§ 11

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 8 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA NIEZDOLNOŚCI DO SAMODZIELNEJ EGZYSTENCJI UBEZPIECZONEGO

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, które powodują zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu ubezpieczonego, niezależne od jego woli, które zostały po raz pierwszy zdiagnozowane w trakcie trwania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia albo wobec których postępowanie diagnostyczno-lecznicze, prowadzące do ich rozpoznania, zostało rozpoczęte w trakcie trwania ochrony z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) **czynności życia codziennego**:
 - a) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób,
 - b) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania,
 - c) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku,
 - d) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie,
 - e) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni;
 - 2) dzień zajścia zdarzenia – data rozpoczęcia 12 miesięcznego okresu, o którym mowa w pkt 5);
 - 3) komisja lekarska – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
 - 4) niezdolność do samodzielnej egzystencji – trwała i bezpowrotna utrata zdolności do samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu zdefiniowanych w pkt 2) czynności życia codziennego, potwierdzona orzeczeniem komisji lekarskiej, trwająca nieprzerwanie przez okres 12 miesięcy i po upływie tego okresu, zgodnie z wiedzą medyczną, nie rokująca możliwości odzyskania zdolności do samodzielnej egzystencji, która miała miejsce w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 5) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
- 6) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, stanowiące załącznik do OWU;
- 7) **postępowanie diagnostyczno-lecznicze** – postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie lub leczenie choroby, składające się z: badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych;
- 8) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
- 9) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 60 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.

9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w przypadku powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w następstwie choroby lub wypadku.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego, której przyczyną jest:
 - 1) wypadek – rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia;
 - 2) choroba – rozpoczyna się po upływie 90 dni od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia;nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 65 lat.

Składka regularna

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularnej w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

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

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji na skutek wypadku zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a niezdolnością do samodzielnej egzystencji.
5. Świadczenie z tytułu powstania niezdolności do samodzielnej egzystencji ubezpieczonego powstałej w wyniku wypadku może być ustalone, jeśli podjęcie leczenia nastąpiło nie później niż 180 dni od dnia zajścia wypadku.
6. W razie wypadku ubezpieczony jest obowiązany:
 - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;

- 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską;
- 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:

- 1) samookaleceniem lub okaleceniem 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 przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
- 7) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem;
- 12) rozpoznanym u ubezpieczonego stwardnieniem rozsianym z trwałym ubytkiem neurologicznym, w okresie trzech lat od rozpoczęcia ochrony ubezpieczeniowej, pod warunkiem spełnienia następujących kryteriów:
 - a) potwierdzenia rozpoznania przez lekarza specjalistę neurologa,
 - b) obecności prążków oligoklonalnych w płynie mózgowo-rdzeniowym (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa),
 - c) obecności charakterystycznego obrazu w NMR, tzn. potwierdzającego istnienie co najmniej czterech ognisk demielinizacyjnych (wynik potwierdzony przez lekarza specjalistę neurologa);
- 13) chorobami związanymi z infekcją wirusem HIV.

§ 9

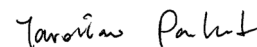
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 3-4 § 7 ust. 4-5 § 8 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA POWSTANIA TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU UBEZPIECZONEGO W WYNIKU WYPADKU

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **dzień zajścia zdarzenia** – data wystąpienia wypadku skutkującego powstaniem trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego;
 - 2) **komisja lekarska** – lekarz (lub zespół lekarzy), powołany przez ubezpieczyciela, wydający opinię w sprawie wysokości trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku na podstawie przeprowadzonego badania lub na podstawie dokumentacji medycznej;
 - 3) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 4) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku, stanowiące załącznik do OWU;
 - 5) **suma ubezpieczenia dodatkowego** – kwota określona w polisie albo w innym dokumencie, będąca podstawą ustalenia wysokości świadczenia z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 6) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku;
 - 7) **trwały uszczerbek na zdrowiu** – trwałe zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu będące następstwem wypadku, któremu ubezpieczony uległ w okresie odpowiedzialności ubezpieczyciela, powodujące jego trwałą dysfunkcję; o stopniu nie niższym niż 1%.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuża się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7 i 10.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
8. Najpóźniej 45 dni przed rocznicą polisy ubezpieczający ma prawo złożyć wniosek o podwyższenie sumy ubezpieczenia dodatkowego w ramach obowiązującej umowy dodatkowego ubezpieczenia.
9. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie.
10. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosków, o których mowa w ust. 1 oraz ust. 8, lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5 dokumentów na podstawie, których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
11. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu wystąpienia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego w wyniku wypadku wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.

Składka regularna

§ 5

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia, z tą samą częstotliwością.
3. W przypadku indeksacji sumy ubezpieczenia dodatkowego zgodnie z § 11 OWU składka regularna należna z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ulega podwyższeniu.

Świadczenie

§ 6

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia polega na wypłacie ubezpieczonemu świadczenia, w wysokości odpowiadającej 1% sumy ubezpieczenia dodatkowego aktualnej na dzień zajścia zdarzenia za każdy procent trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Stopień trwałego uszczerbku ustala komisja lekarska wyznaczona przez ubezpieczyciela w oparciu o Tabelę norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu, stanowiącą załącznik do OWUD.
3. Łączna kwota świadczenia wypłaconego z tytułu jednego wypadku nie może przekroczyć 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego. W przypadku gdy procent ustalonego trwałego uszczerbku na zdrowiu przekracza 100%, wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości 100% sumy ubezpieczenia dodatkowego.
4. W razie uszkodzenia organu, narządu, układu, których funkcje były upośledzone już przed wypadkiem, ustalony stopień trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego pomniejsza się o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed wypadkiem.

Wypłata świadczenia

§ 7

1. Świadczenie wypłacane jest na podstawie wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia złożonego ubezpieczycielowi, do którego ubezpieczony zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości świadczenia.
2. Uprawnionym do otrzymania świadczenia jest ubezpieczony.
3. Po otrzymaniu wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia oraz kompletu dokumentów ubezpieczyciel ma prawo skierować ubezpieczonego na badania lekarskie. Badania lekarskie mogą zostać wykonane również przez specjalnie powołaną komisję lekarską. Koszt takich badań ponosi ubezpieczyciel.
4. Świadczenie z tytułu trwałego uszczerbku na zdrowiu zostanie ustalone przez ubezpieczyciela na podstawie dostarczonej dokumentacji po stwierdzeniu, że istnieje związek przyczynowy pomiędzy wypadkiem a trwałym uszczerbkiem na zdrowiu ubezpieczonego.
5. Ostateczna wysokość stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego jest ustalana po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia wypadku. Późniejsza zmiana stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu (polepszenie lub pogorszenie) nie daje podstawy do zmiany wysokości świadczenia. Świadczenie z tytułu powstania trwałego uszczerbku na zdrowiu ubezpieczonego zostanie wypłacone po ustaleniu stopnia trwałego uszczerbku na zdrowiu.
6. W razie wypadku ubezpieczony jest zobowiązany:
 - 1) starać się złagodzić skutki wypadku przez niezwłoczne poddanie opiece lekarskiej i zaleconemu leczeniu;
 - 2) umożliwić ubezpieczycielowi uzyskanie informacji dotyczących okoliczności wypadku, w szczególności u lekarzy, którzy nad ubezpieczonym sprawowali lub nadal sprawują opiekę lekarską;
 - 3) poddać się na żądanie ubezpieczyciela badaniu przez lekarzy wskazanych przez ubezpieczyciela lub obserwacji klinicznej.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 8

Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego 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 przez ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
- 5) prowadzeniem przez ubezpieczonego pojazdu lądowego, statku wodnego, statku powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem lub statkiem;
- 6) uprawianiem przez ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie;
- 7) przewozem lotniczym ubezpieczonego w innym charakterze niż pasażera lub członka załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych;
- 8) zatruciem ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego pod wpływem tych środków, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, uprawnionego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową;
- 10) rozpoznanymi u ubezpieczonego chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
- 11) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym (w tym spowodowanym działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowaniem.

§ 9

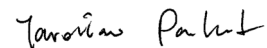
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących pobytu ubezpieczonego w szpitalu

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 11 ust. 1–2 i ust. 5–6, Katalog sportów uprawianych wyczynowo
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 2–3, § 4 ust. 4, § 7, § 9 ust. 4–5, § 11 ust. 3–5, § 12, Katalog sportów uprawianych wyczynowo

Ogólne warunki dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące pobytu ubezpieczonego w szpitalu

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu, stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez Nas zwroty

1. Użyte przez Nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia i w OWDU, stosujemy definicję, która jest w OWDU.
2. Użyte przez Nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli, uzasadniające konieczność Twojego pobytu w Szpitalu;
 - 2) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana na podstawie OWDU;
 - 3) **Dzień pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym miał miejsce Twój pobyt w Szpitalu, przy czym za pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze Szpitala;
 - 4) **Karencja** – okres, w którym Nasza odpowiedzialność jest ograniczona;
 - 5) **Katalog sportów uprawianych wyczynowo** – wykaz sportów uprawianych wyczynowo stanowiący załącznik do Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 6) **Okres ubezpieczenia** – okres, na jaki zawarta jest Dodatkowa umowa ubezpieczenia;
 - 7) **OIOM** – (oddział intensywnej opieki medycznej) – 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. Za OIOM uważa się również **OIOK** – oddział intensywnej opieki kardiologicznej, **OIT** – oddział intensywnej terapii oraz **OION** – oddział intensywnej opieki neurologicznej. W przypadku leczenia kardiologicznego – za pobyt na OIOK uznaje się też pobyt na oddziale kardiologicznym z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, a także na oddziale kardiologicznym na sali intensywnego nadzoru kardiologicznego, o ile stan zdrowia wymagał intensywnego nadzoru kardiologicznego i zostało to potwierdzone w karcie informacyjnej lub zaświadczeniu ze Szpitala o leczeniu w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego;
 - 8) **OWU** – ogólne warunki Podstawowej umowy ubezpieczenia, na podstawie których zawarta została przez Ubezpieczającego Podstawowa umowa ubezpieczenia;
 - 9) **OWDU** – ogólne warunki Dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące pobytu Ubezpieczonego w Szpitalu;
 - 10) **Podstawowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Nami a Ubezpieczającym na podstawie OWU;
 - 11) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości Twojego Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 12) **Szpital** – zakład lecznictwa zamkniętego, w którym przez całą dobę wykonywane są kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych. Szpitalem w rozumieniu tej definicji nie jest dom opieki, dom pomocy społecznej, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, zakład opiekuńczo-leczniczy, ani inna placówka, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
 - 13) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia;
 - 14) **Ubezpieczony (Ty)** – wskazana w Umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
 - 15) **Warta (My)** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna;
 - 16) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych polegające na Twoim regularnym uczestnictwie w treningach w ramach klubu, związku, organizacji, stowarzyszenia, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych oraz braniem przez Ciebie udziału w zawodach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych;
 - 17) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu Twojego zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną Twojego pobytu w Szpitalu. Za Wypadek nie uważa się zawału serca ani udaru mózgu;
 - 18) **Zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie przez Ciebie dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem lub w przypadku pobierania stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągnięte wyniki.

§ 3 Co obejmujemy ochroną w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenia ubezpieczeniowe, którymi są:
 - 1) Twój pobyt w Szpitalu w wyniku Choroby lub Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - a) Choroba zostanie zdiagnozowana lub Wypadek nastąpi w Okresie ubezpieczenia;
 - b) pobyt w Szpitalu w wyniku:

- i. Choroby lub Wypadku będzie trwał co najmniej 1 dzień lub
- ii. powikłań ciąży, porodu lub położu będzie trwał co najmniej 4 dni;
- c) pobyt w Szpitalu rozpocznie się i będzie trwał w Okresie ubezpieczenia;
- d) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Chorobą lub Wypadkiem a Twoim pobytem w Szpitalu;
- 2) Twój pobyt na OIOM, o ile rozpocznie się i będzie trwał w Okresie ubezpieczenia;
- 3) Świadczenie rehabilitacyjne, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - a) będziesz przebywać w Szpitalu w wyniku Choroby lub w wyniku Wypadku co najmniej 10 dni;
 - b) otrzymasz od nas Świadczenie z tytułu pobytu w Szpitalu;
- 3. Zakres ubezpieczenia można rozszerzyć o Świadczenie lekowe po Twoim pobycie w Szpitalu, które należne jest o ile łącznie zostały spełnione następujące warunki:
 - 1) będziesz przebywać w Szpitalu w wyniku Choroby co najmniej 4 dni albo w wyniku Wypadku co najmniej 1 dzień;
 - 2) otrzymasz od nas Świadczenie z tytułu pobytu w Szpitalu.
- 4. Ubezpieczający wybiera 1 z 2 wariantów ubezpieczenia:
 - 1) **Pobyt w Szpitalu** – obejmuje zdarzenia wskazane w zakresie ubezpieczenia;
 - 2) **Pobyt w Szpitalu dla aktywnych** – obejmuje zdarzenia wskazane w zakresie ubezpieczenia, w tym zdarzenia w wyniku Wypadku w związku z uprawianiem przez Ciebie sportów wskazanych w Katalogu sportów uprawianych wyczynowo.
- 5. Zakres ubezpieczenia i jego rozszerzenie potwierdzimy w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 4 Jakie są zasady zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawiera z Nami Ubezpieczający za Twoją zgodą na podstawie wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisanego przez Ubezpieczającego i przez Ciebie.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie Podstawowej umowy ubezpieczenia albo
 - 2) w trakcie trwania Podstawowej umowy ubezpieczenia, nie później niż na 14 dni przed pierwszym dniem okresu za jaki należna jest składka z tytułu Podstawowej umowy ubezpieczenia, oraz nie później niż na 60 dni przed najbliższą Rocznicą polisy.
3. Przed zawarciem Dodatkowej umowy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Na podstawie oceny Twojego ryzyka ubezpieczeniowego możemy zaproponować zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach, zgodnie z którymi wypłacimy Świadczenie wyłącznie za zdarzenia związane z Wypadkiem, o czym poinformujemy Ubezpieczającego.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania przez Nas wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawieramy:
 - 1) na 5 lat, jeśli Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest razem z Podstawową umową ubezpieczenia albo
 - 2) na 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy – jeśli umowa zawierana jest po zawarciu Podstawowej umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli do końca Okresu ubezpieczenia Podstawowej umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, Dodatkowa umowa ubezpieczenia zostanie zawarta do końca okresu, na jaki została zawarta Podstawowa umowa ubezpieczenia.
8. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawieramy na okres nie dłuższy niż do najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ciebie 70 lat.
9. Zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz Okres ubezpieczenia potwierdzimy w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 5 Jak odstąpić od Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć

1. Ubezpieczający może odstąpić od Dodatkowej umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty jej zawarcia.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Dodatkową umowę ubezpieczenia ze skutkiem na koniec Miesiąca polisowego, w którym otrzymaliśmy pisemne zawiadomienie.
3. Odstąpienie od Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia Składki za okres udzielanej przez Nas ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Rozwiązanie Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia w pozostałym jej zakresie.

§ 6 Jaki jest wiek objęcia ochroną ubezpieczeniową

Możemy objąć Cię ochroną ubezpieczeniową, jeśli w dniu doręczenia Nam wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia masz ukończone 18 lat, ale nie masz ukończonych 65 lat.

§ 7 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania Naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność w zakresie określonym w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu w niej wskazanym jako początek Okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do Nas wpłacona Składka oraz jest ograniczona w okresie 30 dni Karencji.
2. W okresie Karencji liczonej od daty początku Okresu ubezpieczenia Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do pobytów w Szpitalu, które są następstwem Wypadku, oraz pobytów na OIOM – niezależnie od ich przyczyny.
3. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą Rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez Ciebie 70 lat. W tym dniu kończy się Nasza odpowiedzialność z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8 Składka

1. Ubezpieczający wpłaca składki z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości i z częstotliwością określonymi w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zależy od:
 - 1) wysokości Sumy ubezpieczenia;
 - 2) wybranego wariantu ubezpieczenia;
 - 3) uwzględnienia rozszerzenia zakresu ubezpieczenia;
 - 4) Twojego wieku;
 - 5) innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Składkę z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający wpłaca wraz ze składką wynikającą z Podstawowej umowy ubezpieczenia – na tych samych zasadach i z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji Sumy ubezpieczenia, zgodnie z zapisami Podstawowej umowy ubezpieczenia, podwyższeniu ulega również składka należna z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 9 Kiedy można obniżyć lub podwyższyć Sumę ubezpieczenia

1. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna Składka, ale nie później niż na 60 dni przed najbliższą Rocznicą polisy, Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie Sumy Twojego ubezpieczenia w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia skutkuje zmianą wysokości Składki.
4. Możemy odmówić podwyższenia lub obniżenia Sumy ubezpieczenia, o czym poinformujemy Ubezpieczającego.
5. Jeżeli Ubezpieczający podwyższy Sumę ubezpieczenia, to w ciągu 30 dni Karencji liczonych od daty tej zmiany wypłacimy Świadczenie za pobyt w Szpitalu w wyniku Choroby, w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed zmianą. Za pobyt w Szpitalu w wyniku Wypadku, pobyt na OIOM, Świadczenie rehabilitacyjne oraz Świadczenie lekowe wyższa Suma ubezpieczenia obowiązuje od daty jej podwyższenia.
6. Potwierdzimy podwyższenie lub obniżenie Sumy ubezpieczenia w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 10 Jakie są zasady przedłużenia Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia przedłużymy na kolejne 5 lat, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o jej nieprzedłużeniu, jednak nie dłużej niż do Rocznic polisy po ukończeniu przez Ciebie 70 lat – w tym dniu wygasa Nasza odpowiedzialność.
2. Jeżeli do końca Okresu ubezpieczenia Podstawowej umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, przedłużymy Dodatkową umowę ubezpieczenia do końca okresu, na jaki została zawarta Podstawowa umowa ubezpieczenia.
3. Przed przedłużeniem Dodatkowej umowy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Oświadczenie o nieprzedłużeniu Dodatkowej umowy ubezpieczenia może zostać złożone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed końcem jej Okresu ubezpieczenia.

§ 11 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Osobą uprawnioną do otrzymania Świadczenia jesteś Ty.
2. Jeżeli będziesz:
 - 1) przebywać w Szpitalu – wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia za każdy Dzień pobytu w Szpitalu, aktualnej na datę rozpoczęcia pobytu w Szpitalu;
 - 2) przebywać na OIOM – wypłacimy Ci jednorazowe Świadczenie za pobyt na OIOM w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na pierwszy Dzień pobytu na OIOM;

- 3) przebywać w Szpitalu co najmniej 10 dni i otrzymasz za ten pobyt od nas Świadczenie – wypłacimy Ci dodatkowe Świadczenie rehabilitacyjne w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu;
- 4) przebywać w Szpitalu w wyniku Choroby co najmniej 4 dni lub w wyniku Wypadku co najmniej 1 dzień (o ile zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Świadczenie lekowe) i otrzymasz za ten pobyt od nas Świadczenie – wypłacimy Ci dodatkowe Świadczenie lekowe w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu.
3. Świadczenie rehabilitacyjne otrzymasz od Nas za maksymalnie 3 rozpoczęte pobyty w Szpitalu w wyniku Choroby oraz za 3 rozpoczęte pobyty w Szpitalu w wyniku Wypadku w Roku polisowym.
4. Świadczenie lekowe otrzymasz od Nas za maksymalnie 3 rozpoczęte pobyty w Szpitalu w wyniku Choroby oraz za 3 rozpoczęte pobyty w Szpitalu w wyniku Wypadku w Roku polisowym.
5. Jeżeli Twój pobyt w Szpitalu rozpoczął się w okresie obowiązywania Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończył się po tym okresie, Świadczenie przysługuje wyłącznie za pobyt przypadający w okresie trwania Naszej odpowiedzialności, pod warunkiem że pobyt w Szpitalu w wyniku Choroby lub Wypadku trwał co najmniej 1 dzień lub w wyniku powikłań ciąży, porodu lub położu trwał co najmniej 4 dni.
6. Świadczenie wypłacimy Ci na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia / zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej Twój pobyt w Szpitalu;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 12 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Ci Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
 - 5) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub wspinaczka skałkowa, wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie (ang. *bungee jumping*);
 - 6) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 7) zatruciem się przez Ciebie alkoholem lub nieprzestrzeganiem przez Ciebie zaleceń lekarza lub jeżeli zażyjesz niezalecane przez lekarza: leki, narkotyki, środki odurzające lub psychotropowe oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji;
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę, przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 9) rozpoznanymi u Ciebie chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
 - 10) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji: rekonstrukcyjnych następstw Wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym, w związku z chorobami nowotworowymi;
 - 11) leczeniem niepłodności;
 - 12) pozostawianiem przez Ciebie w sanatorium, szpitalu uzdrowiskowym, na oddziale rehabilitacyjnym (nie dotyczy pierwszej rehabilitacji związanej z leczeniem po udarze mózgu lub zawale serca), oddziale dziennym, hospicjum, zakładzie opiekuńczo-leczniczym oraz pozostawianiem przez Ciebie na Izbie Przyjęć albo w szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) nieskutkującym dalszą hospitalizacją;
 - 13) przeprowadzonymi u Ciebie procedurami diagnostycznymi przy braku jakichkolwiek objawów chorobowych oraz wykonywaniem rutynowych badań lekarskich, laboratoryjnych i obrazowych, badań profilaktycznych;
 - 14) Zawodowym uprawianiem przez Ciebie sportu;
 - 15) Wyczynowym uprawianiem przez Ciebie sportu – w przypadku wariantu Pobyt w Szpitalu;
 - 16) Wyczynowym uprawianiem przez Ciebie sportu, który nie jest wskazany w Katalogu sportów wyczynowych – w przypadku wariantu Pobyt w Szpitalu dla aktywnych.
2. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku pobytu w Szpitalu lub pobytu na OIOM w wyniku Choroby:
 - 1) która została zdiagnozowana przed początkiem Okresu ubezpieczenia
 - 2) i wobec której postępowanie diagnostyczno-lecznicze, prowadzące do jej rozpoznania, zostało rozpoczęte przed początkiem Okresu ubezpieczenia.

Za postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozumie się postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie Choroby, składające się z badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych.

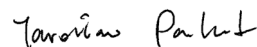
Za datę rozpoczęcia procesu diagnostyczno-leczniczego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której otrzymasz wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej.

§ 13 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia.
3. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 140/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadziliśmy w życie z dniem 14 września 2025 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących poważnego zachorowania ubezpieczonego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 11, Katalog poważnych zachorowań
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 2, § 4 ust. 4, § 7, § 9 ust. 6, 7, § 11 ust. 4–5, 7–9, § 12, Katalog poważnych zachorowań

Ogólne warunki dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące poważnego zachorowania ubezpieczonego

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących Poważnego zachorowania Ubezpieczonego stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez Nas zwroty

1. Użyte przez Nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia i w OWDU, stosujemy definicję, która jest w OWDU.
2. Użyte przez Nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli;
 - 2) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana na podstawie OWDU;
 - 3) **Karencja** – okres, w którym Nasza odpowiedzialność jest ograniczona;
 - 4) **Katalog otwarty** – Poważne zachorowania niewymienione w Katalogu poważnych zachorowań, które nie zostały spowodowane Wypadkiem, i dla których w Okresie ubezpieczenia muszą zostać spełnione łącznie następujące kryteria:
 - a) rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczno-leczniczy i zdiagnozowano Chorobę, oraz
 - b) wystąpił co najmniej jeden z poniższych warunków:
 - i. Twój nieprzerwany pobyt w szpitalu z powodu Choroby trwał co najmniej 3 tygodnie,
 - ii. Twój nieprzerwany pobyt w zakładzie opiekuńczo-leczniczym o profilu ogólnym z powodu Choroby trwał co najmniej 8 tygodni,
 - iii. Twój nieprzerwany pobyt w szpitalu, spowodowany powikłaniami: ciąży, porodu, połogu, trwał co najmniej 8 tygodni,
 - iv. na skutek zaawansowania Twojej Choroby otrzymałeś od lekarza skierowanie do opieki paliatywno-hospicyjnej;
 - 5) **Katalog podstawowy** – podstawowy katalog obejmujący swoim zakresem katalog A albo katalog B albo katalog C;
 - 6) **Katalog poważnych zachorowań** – Katalog podstawowy oraz Katalog rozszerzony, znajdujące się w załączniku do OWDU;
 - 7) **Katalog rozszerzony** – rozszerzony katalog obejmujący swoim zakresem katalog A albo katalog B albo katalog C;
 - 8) **Komisja lekarska** – powołany przez Nas lekarz lub zespół lekarzy, który na podstawie przeprowadzonego badania lub dokumentacji medycznej wydaje opinię w sprawie Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 9) **Okres ubezpieczenia** – okres, na jaki zawarta jest Dodatkowa umowa ubezpieczenia;
 - 10) **OWU** – ogólne warunki Podstawowej umowy ubezpieczenia, na podstawie których zawarta została przez Ubezpieczającego Podstawowa umowa ubezpieczenia;
 - 11) **OWDU** – ogólne warunki Dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące Poważnego zachorowania Ubezpieczonego;
 - 12) **Poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania, które:
 - a) zostało zdefiniowane i wymienione w Katalogu poważnych zachorowań;
 - b) spełnia definicję Katalogu otwartego.Jeżeli za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy, zarówno diagnoza musi zostać postawiona w Okresie ubezpieczenia jak i Twój proces diagnostyczno-leczniczy musi zostać rozpoczęty w Okresie ubezpieczenia;
 - 13) **Podstawowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Nami a Ubezpieczającym na podstawie OWU;
 - 14) **Proces diagnostyczno-leczniczy** – postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie Poważnego zachorowania, składające się z: badania przedmiotowego, badań obrazowych lub innych badań dodatkowych. Za datę rozpoczęcia procesu diagnostyczno-leczniczego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której otrzymasz wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej;
 - 15) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości Twojego Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 16) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia;
 - 17) **Ubezpieczony (Ty)** – wskazana w Umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
 - 18) **Warta (My)** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna;
 - 19) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu Twojego zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną Wystąpienia poważnego zachorowania i zaistniało w Okresie ubezpieczenia;
 - 20) **Wystąpienie poważnego zachorowania** –
 - a) dla Poważnych zachorowań ujętych w Katalogu poważnych zachorowań: postawienie diagnozy, pobranie materiału do badania histopatologicznego, które potwierdziło obecność nowotworu złośliwego, przeprowadzenie operacji, rozpoczęcie specjalistycznego leczenia, kwalifikacja do przeszczepu lub jego wykonanie, wystąpienie Wypadku, które zostały wskazane w Katalogu poważnych zachorowań;
 - b) dla Poważnych zachorowań z Katalogu otwartego – postawianie diagnozy Choroby przy spełnieniu warunków określonych w pkt 4) lit a) i b).

§ 3 Co obejmujemy ochroną w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Wystąpienie poważnego zachorowania w Okresie ubezpieczenia, w zależności od wybranego wariantu.
3. Ubezpieczający wybiera 1 z 3 wariantów:
 - 1) **podstawowy** – obejmuje Poważne zachorowania, wskazane w Katalogu podstawowym,
 - 2) **rozszerzony** – obejmuje Poważne zachorowania, wskazane w Katalogu rozszerzonym,
 - 3) **rozszerzony plus** – obejmuje Poważne zachorowania, wskazane w Katalogu rozszerzonym oraz w ramach Katalogu otwartego.
4. Zakres ubezpieczenia potwierdzimy w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 4 Jakie są zasady zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawiera z Nami Ubezpieczający za Twoją zgodą na podstawie wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisanego przez Ubezpieczającego i przez Ciebie.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie Podstawowej umowy ubezpieczenia albo
 - 2) w trakcie trwania Podstawowej umowy ubezpieczenia, nie później niż na 14 dni przed pierwszym dniem okresu za jaki należna jest składka z tytułu Podstawowej umowy ubezpieczenia, oraz nie później niż na 60 dni przed najbliższą Rocznicą polisy.
3. Przed zawarciem Dodatkowej umowy ubezpieczenia, możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Na podstawie oceny Twojego ryzyka ubezpieczeniowego możemy odmówić zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo zaproponować jej zawarcie na zmienionych warunkach w wariantcie podstawowym albo w wariantcie rozszerzonym, zgodnie z katalogiem B albo katalogiem C, wskazanym w załączniku do OWDU.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania przez Nas wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawieramy:
 - 1) na 5 lat, jeśli Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest razem z Podstawową umową ubezpieczenia albo
 - 2) na 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznicy polisy – jeśli umowa zawierana jest po zawarciu Podstawowej umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli do końca Okresu ubezpieczenia Podstawowej umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, Dodatkowa umowa ubezpieczenia zostanie zawarta do końca okresu, na jaki została zawarta Podstawowa umowa ubezpieczenia.
8. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawieramy na okres nie dłuższy niż do najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez Ciebie 70 lat.
9. Zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz Okres ubezpieczenia potwierdzimy w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 5 Jak odstąpić od Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć

1. Ubezpieczający może odstąpić od Dodatkowej umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty jej zawarcia.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Dodatkową umowę ubezpieczenia ze skutkiem na koniec Miesiąca polisowego, w którym otrzymaliśmy pisemne zawiadomienie.
3. Odstąpienie od Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia Składki za okres udzielanej przez Nas ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Rozwiązanie Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia w pozostałym jej zakresie.

§ 6 Jaki jest wiek objęcia ochroną ubezpieczeniową

Możemy objąć Cię ochroną ubezpieczeniową, jeśli w dniu doręczenia Nam wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia masz ukończone 18 lat, ale nie masz ukończonych 65 lat.

§ 7 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania Naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność w zakresie określonym w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu w niej wskazanym jako początek Okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu w którym wpłynęła do nas Składka, oraz jest ograniczona w okresie 90 dni Karencji.

2. W okresie Karencji liczonej od daty początku Okresu ubezpieczenia nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Poważnego zachorowania będącego następstwem Wypadku.
3. Nasza odpowiedzialność kończy się:
 - 1) na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia;
 - 2) z dniem wypłaty łącznej kwoty Świadczenia wskazanej w § 11; nie później jednak niż w najbliższą Rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez Ciebie 70 lat. W tym dniu kończy się Nasza odpowiedzialność z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8 Składka

1. Ubezpieczający wpłaca składkę z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości i z częstotliwością określonymi w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zależy od:
 - 1) wysokości Sumy ubezpieczenia;
 - 2) wybranego wariantu ubezpieczenia;
 - 3) Twojego wieku;
 - 4) innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Składkę z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający wpłaca wraz ze składką wynikającą z Podstawowej umowy ubezpieczenia – na tych samych zasadach i z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji Sumy ubezpieczenia, zgodnie z zapisami Podstawowej umowy ubezpieczenia, podwyższeniu ulega również składka należna z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 9 Kiedy można obniżyć lub podwyższyć Sumę ubezpieczenia

1. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna Składka, ale nie później niż na 60 dni przed najbliższą Rocznicą polisy, Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie Sumy Twojego ubezpieczenia w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia skutkuje zmianą wysokości Składki.
4. Możemy odmówić podwyższenia lub obniżenia Sumy ubezpieczenia, o czym poinformujemy Ubezpieczającego.
5. Jeśli Ubezpieczający podwyższy Sumę ubezpieczenia, to Nasza odpowiedzialność jest ograniczona w ciągu 90 dni Karencji, liczonych od daty tej zmiany.
6. W okresie Karencji wypłacimy Ci Świadczenie za Poważne zachorowanie powstałe w wyniku Choroby w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed zmianą. Za Poważne zachorowanie, które jest następstwem Wypadku wyższa Suma ubezpieczenia obowiązuje od daty jej podwyższenia.
7. Potwierdzimy podwyższenie lub obniżenie Sumy ubezpieczenia dodatkowego w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 10 Jakie są zasady przedłużenia Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia przedłużymy na kolejne 5 lat, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o jej nieprzedłużeniu, jednak nie dłużej niż do Rocznic polisy po ukończeniu przez Ciebie 70 lat – w tym dniu wygasa Nasza odpowiedzialność.
2. Jeżeli do końca Okresu ubezpieczenia Podstawowej umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, przedłużymy Dodatkową umowę ubezpieczenia do końca okresu, na jaki została zawarta Podstawowa umowa ubezpieczenia.
3. Przed przedłużeniem Dodatkowej umowy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Oświadczenie o nieprzedłużeniu Dodatkowej umowy ubezpieczenia może zostać złożone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed końcem jej Okresu ubezpieczenia.

§ 11 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Osobą uprawnioną do otrzymania Świadczenia jesteś Ty.
2. Za Poważne zachorowanie wymienione w Katalogu poważnych zachorowań, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 100% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.
3. Za Poważne zachorowanie z Katalogu otwartego wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości wskazanej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.
4. W przypadku Wystąpienia poważnego zachorowania w okresie trwania Naszej odpowiedzialności z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia, w ramach wariantu:
 - 1) podstawowego albo rozszerzonego – możesz otrzymać maksymalnie 3 Świadczenia, czyli maksymalnie 300% Sumy ubezpieczenia;

- 2) rozszerzonego plus – w ramach Katalogu rozszerzonego możesz otrzymać maksymalnie 3 Świadczenia, czyli maksymalnie 300% Sumy ubezpieczenia oraz w ramach Katalogu otwartego – maksymalnie 3 Świadczenia.
5. Jeżeli w ramach wariantu rozszerzonego plus w pierwszej kolejności wypłacimy Ci Świadczenie z Katalogu otwartego, a następnie zachorowanie spełni definicję określoną w Katalogu poważnych zachorowań, wypłacimy Ci różnicę do pełnej kwoty, czyli do 100% Sumy ubezpieczenia, za dane Poważne zachorowanie z Katalogu poważnych zachorowań.
6. W przypadku zaistnienia sytuacji opisanej w ust. 5 powyżej wypłata Świadczenia z Katalogu otwartego nie będzie zaliczana do limitu 3 wypłat przysługujących w ramach Katalogu otwartego.
7. Jeśli w okresie trwania Naszej odpowiedzialności z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zachorujesz więcej niż raz na to samo Poważne zachorowanie, wypłacimy tylko jedno Świadczenie, za pierwsze zachorowanie. Jednak jeśli każde z tych zachorowań było wynikiem różnych Wypadków, przysługuje Ci Świadczenie za każde z nich.
8. Jeśli w okresie trwania Naszej odpowiedzialności z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zachorujesz na co najmniej dwa Poważne zachorowania różnego rodzaju, nie wypłacimy Świadczenia za te z nich, które pozostają w związku przyczynowo-skutkowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogenetycznym związanym z Chorobą, za którą już wcześniej wypłaciliśmy Świadczenie.
9. W przypadku wystąpienia u Ciebie co najmniej dwóch nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji, wypłacimy tylko jedno Świadczenie z tytułu Wystąpienia poważnego zachorowania.
10. Świadczenie wypłacimy Ci na podstawie:
- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia / zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej Wystąpienie poważnego zachorowania;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.
11. Możemy poprosić o inne dodatkowe dokumenty, jeśli dotychczas dostarczone nie wystarczą do ustalenia Naszej odpowiedzialności, lub skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, które mogą zostać wykonane przez Komisję lekarską. Pokryjemy koszt tych badań.

§ 12 W jakich sytuacjach nie wypłacimy świadczenia


1. Nie wypłacimy Ci Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub wspinaczka skałkowa, wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie (ang. *bungee jumping*);
 - 5) wypadkiem lotniczym, jeżeli byłeś pasażerem lub członkiem załogi samolotu nielicencjonowanych linii lotniczych;
 - 6) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 7) zatruciem się przez Ciebie alkoholem lub nieprzestrzeganiem przez Ciebie zaleceń lekarza lub jeżeli zażyjesz niezalecane przez lekarza: leki, narkotyki, środki odurzające lub psychotropowe oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji;
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę, przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 9) rozpoznanymi u Ciebie chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami.
2. Nie wypłacimy Ci Świadczenia z Katalogu otwartego, jeżeli Twoje Poważne zachorowanie skutkowało wyłącznie pobytem w szpitalu na oddziale rehabilitacyjnym lub na oddziale psychiatrycznym.

§ 13 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia.
3. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 177/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadziliśmy w życie z dniem 14 września 2025 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących leczenia specjalistycznego ubezpieczonego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 11 ust. 1–2 i ust. 7, Katalog metod Leczenia specjalistycznego
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 2, § 4 ust. 4, § 7, § 9 ust. 4–5, § 11 ust. 3–6, § 12, Katalog metod Leczenia specjalistycznego

Ogólne warunki dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące leczenia specjalistycznego ubezpieczonego

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez Nas zwroty

1. Użyte przez Nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia i w OWDU, stosujemy definicję, która jest w OWDU.
2. Użyte przez Nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli, uzasadniające konieczność zastosowania Leczenia specjalistycznego;
 - 2) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana na podstawie OWDU;
 - 3) **Katalog metod leczenia specjalistycznego** – wykaz metod Leczenia specjalistycznego wraz z ich definicjami oraz odpowiadającymi im wysokościami Świadczeń wyrażonymi jako procent Sumy ubezpieczenia, stanowiący załącznik do Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 4) **Leczenie specjalistyczne** – jedna z metod leczenia zastosowana u Ciebie, wymieniona i zdefiniowana w Katalogu metod leczenia specjalistycznego;
 - 5) **Okres ubezpieczenia** – okres, na jaki zawarta jest Dodatkowa umowa ubezpieczenia;
 - 6) **OWU** – ogólne warunki Podstawowej umowy ubezpieczenia, na podstawie których zawarta została przez Ubezpieczającego Podstawowa umowa ubezpieczenia;
 - 7) **OWDU** – ogólne warunki Dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące Leczenia specjalistycznego Ubezpieczonego;
 - 8) **Podstawowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Nami a Ubezpieczającym na podstawie OWU;
 - 9) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości Twojego Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 10) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia;
 - 11) **Ubezpieczony (Ty)** – wskazana w Umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
 - 12) **Warta (My)** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna.

§ 3 Co obejmujemy ochroną w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest przeprowadzenie u Ciebie Leczenia specjalistycznego w Okresie ubezpieczenia.

§ 4 Jakie są zasady zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawiera z Nami Ubezpieczający za Twoją zgodą na podstawie wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisanego przez Ubezpieczającego i przez Ciebie.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie Podstawowej umowy ubezpieczenia albo
 - 2) w trakcie trwania Podstawowej umowy ubezpieczenia, nie później niż na 14 dni przed pierwszym dniem okresu za jaki należna jest składka z tytułu Podstawowej umowy ubezpieczenia, oraz nie później niż na 60 dni przed najbliższą Rocznicą polisy.
3. Przed zawarciem Dodatkowej umowy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Na podstawie oceny Twojego ryzyka ubezpieczeniowego możemy odmówić zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo zaproponować jej zawarcie na zmienionych warunkach, o czym poinformujemy Ubezpieczającego.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania przez Nas wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawieramy:
 - 1) na 5 lat, jeśli Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest razem z Podstawową umową ubezpieczenia albo
 - 2) na 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznic polisy – jeśli umowa zawierana jest po zawarciu Podstawowej umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli do końca Okresu ubezpieczenia Podstawowej umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, Dodatkowa umowa ubezpieczenia zostanie zawarta do końca okresu, na jaki została zawarta Podstawowa umowa ubezpieczenia.
8. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawieramy na okres nie dłuższy niż do najbliższej Rocznic polisy przypadającej po ukończeniu przez Ciebie 70 lat.

9. Zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz Okres ubezpieczenia potwierdzimy w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 5 Jak odstąpić od Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć

1. Ubezpieczający może odstąpić od Dodatkowej umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty jej zawarcia.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Dodatkową umowę ubezpieczenia ze skutkiem na koniec Miesiąca polisowego, w którym otrzymaliśmy pisemne zawiadomienie.
3. Odstąpienie od Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia Składki za okres udzielanej przez Nas ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Rozwiązanie Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia w pozostałym jej zakresie.

§ 6 Jaki jest wiek objęcia ochroną ubezpieczeniową

Możemy objąć Cię ochroną ubezpieczeniową, jeśli w dniu doręczenia Nam wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia masz ukończone 18 lat, ale nie masz ukończonych 65 lat.

§ 7 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania Naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność w zakresie określonym w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu w niej wskazanym jako początek Okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do Nas wpłacona Składka.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą Rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez Ciebie 70 lat. W tym dniu kończy się Nasza odpowiedzialność z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 8 Składka

1. Ubezpieczający wpłaca składki z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości i z częstotliwością określonymi w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zależy od:
 - 1) wysokości Sumy ubezpieczenia;
 - 2) Twojego wieku;
 - 3) innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Składkę z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający wpłaca wraz ze składką wynikającą z Podstawowej umowy ubezpieczenia – na tych samych zasadach i z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji Sumy ubezpieczenia, zgodnie z zapisami Podstawowej umowy ubezpieczenia, podwyższeniu ulega również składka należna z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 9 Kiedy można obniżyć lub podwyższyć Sumę ubezpieczenia

1. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna Składka, ale nie później niż na 60 dni przed najbliższą Rocznicą polisy Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie Sumy Twojego ubezpieczenia w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia skutkuje zmianą wysokości Składki.
4. Możemy odmówić podwyższenia lub obniżenia Sumy ubezpieczenia, o czym poinformujemy Ubezpieczającego.
5. Jeżeli Ubezpieczający podwyższy Sumę ubezpieczenia, to w ciągu 90 dni Karenji liczonych od daty tej zmiany wypłacimy Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed zmianą.
6. Potwierdzimy podwyższenie lub obniżenie Sumy ubezpieczenia w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 10 Jakie są zasady przedłużenia Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia przedłużymy na kolejne 5 lat, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o jej nieprzedłużeniu, jednak nie dłużej niż do Rocznicę polisy po ukończeniu przez Ciebie 70 lat – w tym dniu wygasa Nasza odpowiedzialność.

2. Jeżeli do końca Okresu ubezpieczenia Podstawowej umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, przedłużymy Dodatkową umowę ubezpieczenia do końca okresu, na jaki została zawarta Podstawowa umowa ubezpieczenia.
3. Przed przedłużeniem Dodatkowej umowy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Oświadczenie o nieprzedłużeniu Dodatkowej umowy ubezpieczenia może zostać złożone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed końcem jej Okresu ubezpieczenia.

§ 11 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Osobą uprawnioną do otrzymania Świadczenia jesteś Ty.
2. Jeżeli zostanie u Ciebie przeprowadzone Leczenie specjalistyczne, otrzymasz od Nas Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień przeprowadzenia Leczenia specjalistycznego. Wykaz metod Leczenia specjalistycznego oraz odpowiedni procent Sumy ubezpieczenia wskazane są w Katalogu metod Leczenia specjalistycznego.
3. Wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie z tytułu tej samej zastosowanej u Ciebie metody Leczenia specjalistycznego w okresie trwania Naszej odpowiedzialności z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
4. W okresie trwania Naszej odpowiedzialności z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za metody Leczenia specjalistycznego, które nie są powiązane przyczynowo z wcześniej zastosowanymi u Ciebie metodami Leczenia specjalistycznego, za które wypłaciliśmy Świadczenie, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego czynnika patogennego.
5. W przypadku zastosowania u Ciebie w okresie trwania Naszej odpowiedzialności z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia radioterapii i chemioterapii wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za jedną ze wskazanych metod – tę, która została zastosowana jako pierwsza.
6. W przypadku zastosowania u Ciebie w okresie trwania Naszej odpowiedzialności z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia ablacji wypłacimy wyłącznie jedno Świadczenie za metodę, która została zastosowana jako pierwsza, niezależnie od tego, jaką metodę zastosowano, tj. użycie prądu o częstotliwości radiowej, krioablacja punktowa lub krioablacja balonowa.
7. Świadczenie wypłacimy Ci na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia / zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie Leczenia specjalistycznego;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 12 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Ci Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub wspinaczka skałkowa, wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, baloniarstwo, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie (ang. *bungee jumping*);
 - 5) zatruciem się przez Ciebie alkoholem lub nieprzestrzeganiem przez Ciebie zaleceń lekarza lub jeżeli zażyjesz niezaleczone przez lekarza: leki, narkotyki, środki odurzające lub psychotropowe oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji;
 - 6) rozpoznanymi u Ciebie chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami.
2. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku Leczenia specjalistycznego przeprowadzonego w wyniku Choroby:
 - 1) która została zdiagnozowana przed początkiem Okresu ubezpieczenia
 - 2) i wobec której postępowanie diagnostyczno-lecznicze, prowadzące do jej rozpoznania, zostało rozpoczęte przed początkiem Okresu ubezpieczenia.

Za postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozumie się postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie Choroby, składające się z badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych.


Za datę rozpoczęcia procesu diagnostyczno-leczniczego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której otrzymasz wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej.

§ 13 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia.
3. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 177/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadziliśmy w życie z dniem 14 września 2025 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej ubezpieczonego zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 7
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 ust. 1-2 § 7 ust. 4 i 10 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA DRUGIEJ OPINII MEDYCZNEJ UBEZPIECZONEGO

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **choroba** – zaburzenie strukturalne lub funkcjonalne organizmu, powodujące wystąpienie specyficznych objawów, sklasyfikowane w „Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych”, w tym również jednostka (U09) - Zdrowie pacjenta po zakończeniu COVID-19, i zdiagnozowane po raz pierwszy przez lekarza prowadzącego w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej;
 - 2) **Druga Opinia Medyczna** – wydana na piśmie opinia lekarza konsultanta, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej ubezpieczonego w zakresie poprawności ustalonej przez lekarza prowadzącego diagnozy, podjętego lub zaleconego leczenia oraz rokowania co do możliwości wyleczenia w przypadku wyrażenia takiej woli ubezpieczonego we wniosku o wydanie Drugiej Opinii Medycznej;
 - 3) **lekarz konsultant** – lekarz medycyny praktykującego poza terytorium Polski, który w środowisku medycznym jest uznany za specjalistę w zakresie swojej wiedzy i umiejętności lekarskich;
 - 4) **lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego w związku z chorobą, o której mowa w dodatkowej umowie ubezpieczenia drugiej opinii medycznej;
 - 5) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 6) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej, stanowiące załącznik do OWU;
 - 7) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł umowę z ubezpieczycielem dotyczącą organizacji świadczeń w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia Drugiej Opinii Medycznej;
 - 8) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia w zakresie Drugiej Opinii Medycznej.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy, od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 69 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 1 rok, z zastrzeżeniem ust. 5-6.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużeniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuży się na kolejny rok, z zastrzeżeniem ust. 6 i 8.
6. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
7. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
8. Ubezpieczyciel może zażądać dołączenia:
 - 1) do wniosku, o którym mowa w ust. 1 lub
 - 2) w przypadku przedłużania umowy dodatkowego ubezpieczenia, o którym mowa w ust. 5; dokumentów na podstawie których dokonuje oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować ubezpieczonego na badania lekarskie lub diagnostyczne. Koszty takich badań ponosi ubezpieczyciel.
9. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego.
2. W ramach dodatkowej umowy ubezpieczenia ubezpieczonemu przysługuje prawo do skorzystania z Drugiej Opinii Medycznej w przypadku zdiagnozowania choroby w okresie udzielania ochrony ubezpieczeniowej.
3. Zakres ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia obejmuje:
 - 1) wydanie opinii dotyczącej postawionej przez lekarza prowadzącego diagnozy i dotychczas prowadzonego leczenia,

- 2) udzielenie odpowiedzi na pytania zadane przez ubezpieczonego w związku z opiniowaną chorobą i stanem zdrowia ubezpieczonego,
- 3) propozycję planu leczenia, jeśli zdaniem lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony,
- 4) opinię w zakresie rokowania co do możliwości wyleczenia - w przypadku wyrażenia takiej woli ubezpieczonego we wniosku o wydanie Drugiej Opinii Medycznej.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Drugiej Opinii Medycznej, rozpoczyna się po upływie 3 miesięcy licząc od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 4, z zastrzeżeniem ust. 3.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu drugiej opinii medycznej wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
3. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu Drugiej Opinii Medycznej w zakresie choroby spowodowanej wypadkiem, rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5.

Składka regularna

§ 5

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

Świadczenie

§ 6

1. Ubezpieczonemu przysługuje prawo do świadczenia w zakresie Drugiej Opinii Medycznej, jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zdiagnozowano chorobę u ubezpieczonego, a w dniu wnioskowania o świadczenie dokumentacja medyczna dotycząca choroby jest nie starsza niż 12 miesięcy.
2. Ubezpieczony ma prawo do jednego świadczenia z tytułu Drugiej Opinii Medycznej w stosunku do tego samego rozpoznania. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia potwierdzonego nowymi wynikami badań diagnostycznych, ubezpieczonemu na jego wniosek przysługuje kolejna Druga Opinia Medyczna.
3. W ramach Drugiej Opinii Medycznej ubezpieczonego, ubezpieczyciel za pośrednictwem świadczeniodawcy:
 - 1) poinformuje ubezpieczonego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej Opinii Medycznej i w razie potrzeby zobowiązuje się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów,
 - 2) przetłumaczy zebraną dokumentację na język angielski,
 - 3) prześle zebraną dokumentację do lekarza konsultanta, specjalizującego się w danym schorzeniu,
 - 4) zapewni sporządzenie drugiej opinii medycznej przez lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski,
 - 5) dostarczy Drugą Opinię Medyczną ubezpieczonemu lub na pisemny wniosek ubezpieczonego – lekarzowi prowadzącemu.
4. Informacje zawarte w Drugiej Opinii Medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez lekarza prowadzącego, a zakres wykorzystania Drugiej Opinii Medycznej wymaga uzgodnienia przez ubezpieczonego z lekarzem prowadzącym leczenie.
5. Ubezpieczyciel i świadczeniodawca nie odpowiada za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań w oparciu o informacje zawarte w Drugiej Opinii Medycznej oraz za skutki wdrożenia proponowanych przez lekarzy konsultantów planów leczenia, a także ich skuteczność.

Realizacja świadczenia

§ 7

1. W celu uzyskania Drugiej Opinii Medycznej, ubezpieczony zobowiązany jest skontaktować się telefonicznie ze świadczeniodawcą i podać następujące dane:
 - 1) nr PESEL ubezpieczonego,
 - 2) imię i nazwisko ubezpieczonego,
 - 3) miejsce zamieszkania,
 - 4) numer polisy ubezpieczeniowej,
 - 5) numer telefonu do kontaktu zwrotnego,
 - 6) adres email – poczty elektronicznej,
 - 7) krótki opis dotyczący zdiagnozowania choroby.
2. Warunkiem uzyskania przez ubezpieczonego Drugiej Opinii Medycznej jest dostarczenie do świadczeniodawcy wszystkich wymaganych dokumentów do spełnienia świadczenia, w szczególności ubezpieczony zobowiązany jest:
 - 1) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej zdiagnozowania choroby,
 - 2) dostarczyć lub zapewnić dostęp do dokumentacji medycznej dotyczącej leczenia zdiagnozowanej choroby z ostatnich 12 miesięcy licząc od zgłoszenia świadczenia z tytułu niniejszej umowy,

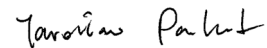
- 3) dostarczyć do świadczeniodawcy formularze, o których wypełnienie zwrócił się świadczeniodawca.
3. Ubezpieczony zobowiązany jest udzielić ubezpieczycielowi oraz świadczeniodawcy pisemnej zgody na:
- 1) zasięganie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały świadczeń zdrowotnych ubezpieczonemu w zakresie opiniowanej choroby,
 - 2) przekazywanie danych medycznych dotyczących ubezpieczonego, o których mowa w pkt 1) powyżej, do lekarza konsultanta w celu uzyskania Drugiej Opinii Medycznej.
4. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje kosztu wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w Drugiej Opinii Medycznej lub niezbędnych do jej sporządzenia.
5. Świadczeniodawca pokrywa koszt sporządzenia i wydania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia ubezpieczonego przez lekarza prowadzącego.
6. Świadczeniodawca przekaże informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej. Ubezpieczony powinien wybrać preferowaną placówkę medyczną, której lekarz konsultant wyda Drugą Opinię Medyczną.
7. Świadczeniodawca przetłumaczy na język angielski dokumentację medyczną dostarczoną przez ubezpieczonego lub lekarza prowadzącego oraz przekaże przetłumaczoną dokumentację medyczną do lekarza konsultanta, a także zapewni tłumaczenie sporządzonej przez lekarza konsultanta Drugiej Opinii Medycznej na język polski przed jej przekazaniem ubezpieczonemu.
8. Druga Opinia Medyczna zostanie sporządzona i wysłana do ubezpieczonego w sposób z nim uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej) w terminie czternastu dni roboczych od daty dostarczenia kompletnej dokumentacji medycznej do wybranej placówki medycznej i lekarza konsultanta.
9. W przypadku, gdy do sporządzenia Drugiej Opinii Medycznej niezbędne jest uzyskanie dodatkowych informacji medycznych, Druga Opinia Medyczna zostanie sporządzona w ciągu czternastu dni roboczych od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności uzyskanie brakujących informacji medycznych było możliwe.
10. Ubezpieczyciel oraz świadczeniodawca nie są zobowiązani do dostarczenia Drugiej Opinii Medycznej, w przypadku gdy lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących stanu chorobowego ubezpieczonego. W przypadku, gdy świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej choroby ubezpieczonego od lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały świadczeń zdrowotnych, ubezpieczony będzie zobowiązany do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.

§ 7

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących operacji ubezpieczonego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 11 ust. 1–4 i ust. 8, Katalog operacji, Katalog sportów uprawianych wyczynowo
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 2, § 4 ust. 4, § 7, § 9 ust. 4–5, § 11 ust. 5–7, § 12, Katalog operacji, Katalog sportów uprawianych wyczynowo

Ogólne warunki dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące operacji ubezpieczonego

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących Operacji Ubezpieczonego stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez Nas zwroty

1. Użyte przez Nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia i w OWDU, stosujemy definicję, która jest w OWDU.
2. Użyte przez Nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli, uzasadniające konieczność wykonania u Ciebie Operacji;
 - 2) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana na podstawie OWDU;
 - 3) **Karencja** – okres, w którym Nasza odpowiedzialność jest ograniczona;
 - 4) **Katalog operacji** – wykaz Operacji oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń wyrażone w poziomach w skali od 1 (Operacje najłżejsze) do 5 (Operacje najcięższe), stanowiący załącznik do Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 5) **Katalog sportów uprawianych wyczynowo** – wykaz sportów uprawianych wyczynowo stanowiący załącznik do Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 6) **Okres ubezpieczenia** – okres, na jaki zawarta jest Dodatkowa umowa ubezpieczenia;
 - 7) **Operacja** – operacja chirurgiczna wykonana w Placówce medycznej przez zespół lekarzy/lekarza o specjalności zabiegowej, niezbędna z medycznego punktu widzenia w celu przywrócenia prawidłowych czynności chorego narządu lub układu: usunięcia chorej tkanki, narządu lub jego części, usunięcia przyczyny, wyleczenia lub zmniejszenia objawów choroby lub urazu albo zabieg chirurgiczny mający na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania;
 - 8) **OWU** – ogólne warunki Podstawowej umowy ubezpieczenia, na podstawie których zawarta została przez Ubezpieczającego Podstawowa umowa ubezpieczenia;
 - 9) **OWDU** – ogólne warunki Dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące Operacji Ubezpieczonego;
 - 10) **Placówka medyczna** – miejsce wykonania Operacji, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta. Przez Placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia;
 - 11) **Podstawowa umowa ubezpieczenia** – umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy Nami a Ubezpieczającym na podstawie OWU;
 - 12) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, będąca podstawą ustalenia wysokości Twojego Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 13) **Ubezpieczający** – podmiot zawierający Umowę ubezpieczenia;
 - 14) **Ubezpieczony (Ty)** – wskazana w Umowie ubezpieczenia osoba fizyczna, której życie lub zdrowie są przedmiotem ubezpieczenia;
 - 15) **Warta (My)** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna;
 - 16) **Wyczynowe uprawianie sportu** – uprawianie dyscyplin sportowych polegające na Twoim regularnym uczestnictwie w treningach w ramach klubu, związku, organizacji, stowarzyszenia, sekcji, kół, szkółek, akademii piłkarskich, ognisk i zespołów sportowych oraz braniem przez Ciebie udziału w zawodach, meczach, turniejach sportowych, obozach kondycyjnych lub szkoleniowych;
 - 17) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu Twojego zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną wykonania u Ciebie Operacji. Za Wypadek nie uważa się zawału serca ani udaru mózgu;
 - 18) **Zawodowe uprawianie sportu** – uprawianie przez Ciebie dyscyplin sportowych na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej za wynagrodzeniem lub w przypadku pobierania stypendium za wykonywanie danej dyscypliny sportowej lub za osiągnięte wyniki.

§ 3 Co obejmujemy ochroną w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje zdrowie.
2. Zakres ubezpieczenia obejmuje zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest:
 - 1) przeprowadzenie u Ciebie Operacji, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - a) Choroba zostanie zdiagnozowana lub Wypadek nastąpi w Okresie ubezpieczenia;
 - b) Operacja zostanie przeprowadzona w Okresie ubezpieczenia;
 - 2) przeprowadzenie u Ciebie Operacji prewencyjnej określonej w sekcji R Katalogu operacji, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - a) wskazanie do przeprowadzenia Operacji prewencyjnej zostanie zlecone w Okresie ubezpieczenia;
 - b) Operacja zostanie przeprowadzona w Okresie ubezpieczenia.
3. Ubezpieczający wybiera 1 z 3 wariantów ubezpieczenia:
 - 1) **Operacje** – obejmuje Operacje wskazane w Katalogu operacji;

- 2) **Operacje plus** – obejmuje Operacje wskazane w Katalogu operacji oraz Operacje niewymienione w Katalogu operacji;
- 3) **Operacje dla aktywnych** – obejmuje Operacje wskazane w Katalogu operacji, w tym Operacje przeprowadzone w wyniku Wypadku w związku z uprawianiem przez Ciebie sportów wskazanych w Katalogu sportów uprawianych wyczynowo.
4. Zakres ubezpieczenia potwierdzimy w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 4 Jakie są zasady zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawiera z Nami Ubezpieczający za Twoją zgodą na podstawie wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia podpisanego przez Ubezpieczającego i przez Ciebie.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie Podstawowej umowy ubezpieczenia albo
 - 2) w trakcie trwania Podstawowej umowy ubezpieczenia, nie później niż na 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za jaki należna jest składka z tytułu Podstawowej umowy ubezpieczenia, oraz nie później niż na 60 dni przed najbliższą Rocznicą polisy.
3. Przed zawarciem Dodatkowej umowy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Na podstawie oceny Twojego ryzyka ubezpieczeniowego możemy odmówić zawarcia Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo zaproponować jej zawarcie na zmienionych warunkach, o czym poinformujemy Ubezpieczającego.
5. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania przez Nas wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawieramy:
 - 1) na 5 lat, jeśli Dodatkowa umowa ubezpieczenia zawierana jest razem z Podstawową umową ubezpieczenia albo
 - 2) na 4 lata i taką liczbę miesięcy, jaka pozostanie do najbliższej Rocznic polisy – jeśli umowa zawierana jest po zawarciu Podstawowej umowy ubezpieczenia.
7. Jeżeli do końca Okresu ubezpieczenia Podstawowej umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, Dodatkowa umowa ubezpieczenia zostanie zawarta do końca okresu, na jaki została zawarta Podstawowa umowa ubezpieczenia.
8. Dodatkową umowę ubezpieczenia zawieramy na okres nie dłuższy niż do najbliższej Rocznic polisy przypadającej po ukończeniu przez Ciebie 70 lat.
9. Zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz Okres ubezpieczenia potwierdzimy w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 5 Jak odstąpić od Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub ją wypowiedzieć

1. Ubezpieczający może odstąpić od Dodatkowej umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą – w ciągu 7 dni, licząc od daty jej zawarcia.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć Dodatkową umowę ubezpieczenia ze skutkiem na koniec Miesiąca polisowego, w którym otrzymaliśmy pisemne zawiadomienie.
3. Odstąpienie od Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub jej wypowiedzenie nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku zapłacenia Składki za okres udzielanej przez Nas ochrony ubezpieczeniowej.
4. W przypadku rozwiązania Umowy ubezpieczenia Ubezpieczającemu przysługuje zwrot Składki za okres niewykorzystanej ochrony ubezpieczeniowej.
5. Rozwiązanie Dodatkowej umowy ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania Umowy ubezpieczenia w pozostałym jej zakresie.

§ 6 Jaki jest wiek objęcia ochroną ubezpieczeniową

Możemy objąć Cię ochroną ubezpieczeniową, jeśli w dniu doręczenia Nam wniosku o zawarcie Dodatkowej umowy ubezpieczenia masz ukończone 18 lat, ale nie masz ukończonych 65 lat.

§ 7 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania Naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność w zakresie określonym w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu w niej wskazanym jako początek Okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu, w którym wpłynęła do Nas wpłacona Składka oraz jest ograniczona w okresie 30 dni Karencji.
2. W okresie Karencji liczonej od daty początku Okresu ubezpieczenia Nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Operacji, których przeprowadzenie jest następstwem Wypadku.
3. Nasza odpowiedzialność kończy się:
 - 1) na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia;
 - 2) z dniem wypłaty łącznej kwoty Świadczenia wskazanej w § 11; nie później jednak niż w najbliższą Rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez Ciebie 70 lat. W tym dniu kończy się Nasza odpowiedzialność z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia..

§ 8 Składka

1. Ubezpieczający wpłaca składki z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wysokości i z częstotliwością określonymi w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.
2. Wysokość składki z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zależy od:
 - 1) wysokości Sumy ubezpieczenia;
 - 2) wybranego wariantu ubezpieczenia;
 - 3) Twojego wieku;
 - 4) innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka ubezpieczeniowego.
3. Składkę z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Ubezpieczający wpłaca wraz ze składką wynikającą z Podstawowej umowy ubezpieczenia – na tych samych zasadach i z tą samą częstotliwością.
4. W przypadku indeksacji Sumy ubezpieczenia, zgodnie z zapisami Podstawowej umowy ubezpieczenia, podwyższeniu ulega również składka należna z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 9 Kiedy można obniżyć lub podwyższyć Sumę ubezpieczenia

1. Najpóźniej 14 dni przed pierwszym dniem okresu, za który jest należna Składka, ale nie później niż na 60 dni przed najbliższą Rocznicą polisy, Ubezpieczający może złożyć wniosek o podwyższenie lub obniżenie Sumy Twojego ubezpieczenia w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W przypadku złożenia wniosku o podwyższenie Sumy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
3. Zmiana wysokości Sumy ubezpieczenia skutkuje zmianą wysokości Składki.
4. Możemy odmówić podwyższenia lub obniżenia Sumy ubezpieczenia, o czym poinformujemy Ubezpieczającego.
5. Jeżeli Ubezpieczający podwyższy Sumę ubezpieczenia, to w ciągu 30 dni Karencji liczonych od daty tej zmiany, za Operacje przeprowadzone w wyniku Choroby wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia obowiązującej przed zmianą. Za Operacje przeprowadzone w wyniku Wypadku wyższa Suma ubezpieczenia obowiązuje od daty jej podwyższenia.
6. Potwierdzimy podwyższenie lub obniżenie Sumy ubezpieczenia w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.

§ 10 Jakie są zasady przedłużenia Dodatkowej umowy ubezpieczenia

1. Dodatkową umowę ubezpieczenia przedłużymy na kolejne 5 lat, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o jej nieprzedłużeniu, jednak nie dłużej niż do Rocznic polisy po ukończeniu przez Ciebie 70 lat – w tym dniu wygasa Nasza odpowiedzialność.
2. Jeżeli do końca Okresu ubezpieczenia Podstawowej umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, przedłużymy Dodatkową umowę ubezpieczenia do końca okresu, na jaki została zawarta Podstawowa umowa ubezpieczenia.
3. Przed przedłużeniem Dodatkowej umowy ubezpieczenia możemy zwrócić się do Ciebie z prośbą o dołączenie dodatkowych dokumentów, na podstawie których dokonamy oceny ryzyka ubezpieczeniowego, a także skierować Cię na badania lekarskie lub diagnostyczne. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Oświadczenie o nieprzedłużeniu Dodatkowej umowy ubezpieczenia może zostać złożone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed końcem jej Okresu ubezpieczenia.

§ 11 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Osobą uprawnioną do otrzymania Świadczenia jesteś Ty.
2. Jeżeli zostanie u Ciebie przeprowadzona Operacja, otrzymasz od Nas Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia, aktualnej na dzień przeprowadzenia Operacji.
3. Wykaz Operacji wraz z ich poziomem wskazujemy w Katalogu operacji, zgodnie z którym za Operację, wypłacimy Ci Świadczenie w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 10% Sumy ubezpieczenia;
 - 2) poziom 2 – 25% Sumy ubezpieczenia;
 - 3) poziom 3 – 50% Sumy ubezpieczenia;
 - 4) poziom 4 – 75% Sumy ubezpieczenia;
 - 5) poziom 5 – 100% Sumy ubezpieczenia.
4. Jeżeli Ubezpieczający wybierze wariant Operacje plus, za Operacje niewymienione w Katalogu operacji wypłacimy Świadczenie w wysokości wskazanej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.
5. W ramach wariantu:
 - 1) Operacje albo Operacje dla aktywnych – możesz otrzymać Świadczenie w wysokości maksymalnie 500% Sumy ubezpieczenia za Operacje wymienione w Katalogu operacji;
 - 2) Operacje plus – możesz otrzymać Świadczenie w wysokości maksymalnie 500% Sumy ubezpieczenia za Operacje wymienione w Katalogu operacji oraz maksymalnie 3 Świadczenia za Operacje niewymienione w Katalogu operacji – każde w wysokości wskazanej w Polisie lub w innym dokumencie ubezpieczenia.Powyższe limity odnawiają się w przypadku przedłużenia Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

6. Jeżeli w trakcie jednego zabiegu została wykonana więcej niż jedna Operacja, wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie w wysokości odpowiadającej najcięższej Operacji.
7. Jeżeli zostanie u Ciebie przeprowadzonych kilka Operacji w okresie krótszym niż 30 dni, wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za jedną Operację, za którą należne jest najwyższe Świadczenie. Ograniczenie to nie dotyczy kolejnej Operacji wykonanej na drugim narządzie, który fizjologicznie występuje w parze.
8. Świadczenie wypłacimy Ci na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia / zawiadomienia o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie Operacji;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 12 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Ci Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 4) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
 - 5) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie (ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą), wspinaczka górską na wysokości powyżej 2000 metrów n.p.m. lub wspinaczka skałkowa, wymagające użycia sprzętu specjalistycznego (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na linie (ang. *bungee jumping*);
 - 6) Twoim działaniem po użyciu alkoholu (zawartość alkoholu we krwi wynosi od 0,2 do 0,5 promila lub od 0,1 do 0,25 mg w 1 dm³ wydychanego powietrza) lub w stanie nietrzeźwości (zawartość alkoholu we krwi przekracza 0,5 promila lub zawartość alkoholu w 1 dm³ wydychanego powietrza przekracza 0,25 mg) lub pod wpływem środków odurzających, substancji psychotropowych lub środków zastępczych w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii, z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 7) zatruciem się przez Ciebie alkoholem lub nieprzestrzeganiem przez Ciebie zaleceń lekarza lub jeżeli zażyjesz niezalecane przez lekarza: leki, narkotyki, środki odurzające lub psychotropowe oraz w wyniku schorzeń spowodowanych używaniem ww. substancji;
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę, przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 9) rozpoznanymi u Ciebie chorobami psychicznymi lub zaburzeniami psychicznymi, zaburzeniami nerwicowymi, uzależnieniami;
 - 10) Zawodowym uprawianiem przez Ciebie sportu;
 - 11) Wyczynowym uprawianiem przez Ciebie sportu – w przypadku wariantu Operacje lub Operacje plus;
 - 12) Wyczynowym uprawianiem przez Ciebie sportu, który nie jest wskazany w Katalogu sportów uprawianych wyczynowo – w przypadku wariantu Operacje dla aktywnych;
 - 13) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem Operacji: rekonstrukcyjnych następstw Wypadków, wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym oraz w związku z chorobami nowotworowymi;
 - 14) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami w celach diagnostycznych;
 - 15) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami mającymi na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania, niewymienionymi w Katalogu operacji w zakresie sekcji R „operacje prewencyjne”;
 - 16) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami niewymienionymi w Katalogu operacji wykonanymi w warunkach ambulatoryjnych;
 - 17) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami związanymi z leczeniem niepłodności;
 - 18) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem Operacji rekonstrukcyjnych następstw Wypadków;
 - 19) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami zmniejszenia lub powiększenia piersi, z wyjątkiem wskazań medycznych lub przeprowadzeniem operacji zmiany płci.
2. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku Operacji przeprowadzonej w wyniku Choroby:
 - 1) która została zdiagnozowana przed początkiem Okresu ubezpieczenia
 - 2) i wobec której postępowanie diagnostyczno-lecznicze, prowadzące do jej rozpoznania, zostało rozpoczęte przed początkiem Okresu ubezpieczenia.

Za postępowanie diagnostyczno-lecznicze rozumie się postępowanie medyczne mające na celu zdiagnozowanie Choroby, składające się z badania przedmiotowego, badań obrazowych oraz innych badań dodatkowych.


Za datę rozpoczęcia procesu diagnostyczno-leczniczego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której otrzymasz wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej.

§ 13 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. Dodatkowa umowa ubezpieczenia jest integralną częścią Umowy ubezpieczenia.
3. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 177/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadziliśmy w życie z dniem 14 września 2025 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY zatwierdzonych Uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 19 grudnia 2021 roku sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWUD
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 § 6 § 8
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 3 § 4 § 6 § 7 § 8 ust. 5 § 21 ust. 12 OWU

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD mają zastosowanie następujące definicje:
 - 1) **centrum operacyjne** – centrum zorganizowane przez świadczeniodawcę w celu udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi/partnerowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, numer telefonu do centrum operacyjnego znajduje się w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia;
 - 2) **choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca zwykle miesiącami lub latami, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed zawarciem umowy dodatkowej oraz jej komplikacje;
 - 3) **choroba psychiczna** – choroba zakwalifikowana w Międzynarodowej Statystycznej Kwalifikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania;
 - 4) **dziecko ubezpieczonego** – dziecko własne ubezpieczonego lub dziecko przysposobione przez ubezpieczonego (w pełni lub częściowo), które w chwili zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18 roku życia;
 - 5) **hospitalizacja** – pobyt w szpitalu w następstwie nagłego zachorowania lub nieszczęśliwego wypadku, trwający nieprzerwanie nie krócej niż 24 godziny, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie;
 - 6) **lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego na skutek zaistnienia zdarzenia ubezpieczeniowego, niebędący lekarzem uprawnionym;
 - 7) **lekarz uprawniony** – lekarz konsultant centrum operacyjnego;
 - 8) **małżonek ubezpieczonego** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego, pozostawała z ubezpieczonym w związku małżeńskim;
 - 9) **miejsce zamieszkania** – miejsce stałego pobytu ubezpieczonego, osoby uprawnionej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wskazane przez ubezpieczonego poprzez podanie dokładnego adresu; za miejsce zamieszkania uważa się miejsce pobytu;
 - 10) **nagle zachorowanie** – stan chorobowy powstały w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
 - 11) **opiekun dziecka ubezpieczonego** – ubezpieczony, drugi rodzic dziecka ubezpieczonego lub inna osoba wyznaczona przez ubezpieczonego do pobytu wraz z dzieckiem ubezpieczonego w szpitalu lub hotelu przyszpitalnym, w ramach świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 (pkt 13 Tabeli);
 - 12) **osoba niesamodzielna** – osoba zamieszkująca w miejscu zamieszkania ubezpieczonego, która ze względu na zły stan zdrowia, podeszły wiek lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
 - 13) **osoba uprawniona do opieki** – wyznaczona przez ubezpieczonego do opieki osoba zamieszkała na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej; wskazanie takiej osoby jest równoznaczne z uprawnieniem jej do sprawowania opieki nad dziećmi ubezpieczonego lub osobami niesamodzielnymi;
 - 14) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 15) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY, stanowiące załącznik do OWU;
 - 16) **partner ubezpieczonego** – osoba, która w dniu zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego objętego ochroną w ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia pozostawała z ubezpieczonym w związku nieformalnym, prowadziła z nim wspólne gospodarstwo domowe, nie jest z nim spokrewniona;
 - 17) **placówka medyczna** – szpital, przychodnia lub inny podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (za wyjątkiem sanatorium i lecznictwa uzdrowiskowego), działający legalnie w ramach systemu opieki zdrowotnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 18) **punkt naprawczy** – punkt obsługi i naprawy rowerów z siedzibą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 19) **rower** – pojazd jednośladowy przeznaczony do poruszania się po drodze, napędzany siłą mięśni poruszającej się nim osoby za pomocą przekładni mechanicznej;
 - 20) **sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie, do którego zalicza się: piłki, taśmy i wałki re habilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, kołnierze, rowerek rehabilitacyjny, półwałek, klin, kostka do rehabilitacji, dysk korekcyjny (w tym sensomotoryczny), ciężarki do rehabilitacji, mata rehabilitacyjna, lekki gips, poduszka ortopedyczna (dotyczy złamania kości guzicznej, stanu po urazie odcinka szyjnego kręgosłupa), stabilizatory, w tym aparat tulejkowy (np. na podudzie), szyny (ortezy), opaski elastyczne, buty ortopedyczne, wkładki ortopedyczne, w tym żelowe (dotyczy przebytych urazów, np. złamania kości śródstopia, uszkodzenia ścięgna Achillesa), gorsety ortopedyczne (m.in. sznurówka lędźwiowo-krzyżowa, gorset Jevetta), opaska żebrowa, pas poporodowy, pas stabilizujący mostek, pas przepuklinowy;
 - 21) **szpital** – działający na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy podmiot leczniczy, wykonujący działalność leczniczą (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych; za szpital w rozumieniu niniejszego ryzyka ubezpieczeniowego nie uważa się szpitala uzdrowiskowego (sanatoryjnego), sanatorium, uzdrowiska, domu opieki,

- ani innej placówki, której jedynym zadaniem jest leczenie alkoholizmu i innych uzależnień;
- 22) **świadczeniodawca** – podmiot, który zawarł z ubezpieczycielem umowę dotyczącą realizacji świadczeń określonych w umowie dodatkowego ubezpieczenia;
 - 23) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY;
 - 24) **użytkowanie roweru** – jazdę lub siedzenie ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego na rowerze, prowadzenie roweru oraz wsiadanie i zsiadanie z roweru;
 - 25) **wypadek rowerowy** – wypadek powstały w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego w czasie poruszania się na rowerze ulegli obrażeniom ciała, a rower uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, w wyniku zderzenia roweru z innymi pojazdami, osobami, zwierzętami, przedmiotami, przeszkodami; za wypadek rowerowy uznaje się również wywrócenie się ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego w czasie jazdy rowerem;
 - 26) **wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną o charakterze losowym, które było przyczyną zaistnienia zdarzenia objętego odpowiedzialnością ubezpieczyciela i zaistniało w okresie udzielania przez ubezpieczyciela ochrony ubezpieczeniowej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 27) **zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie zaistniałe w okresie ubezpieczenia, objęte odpowiedzialnością ubezpieczyciela na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia, które miało miejsce na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, polegające na:
 - a) wystąpieniu nagłego zachorowania u ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
 - b) doznaniu obrażeń ciała będących następstwem wypadku, u ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
 - c) doznaniu obrażeń ciała będących następstwem wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru zgodnie z definicją wypadku rowerowego, u ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego,
 - d) urodzeniu się dziecka ubezpieczonego.
- W przypadku świadczenia, o którym mowa w § 6 ust. 1 (pkt 19 Tabeli) za zdarzenie uznaje się wystąpienie jednej z sytuacji losowej wymienionej w § 6 ust. 1 pkt 5).

Zawarcie i czas trwania ubezpieczenia dodatkowego

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia:
 - 1) wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia;
 - 2) nie później niż 45 dni przed rocznicą polisy od której umowa ubezpieczenia dodatkowego ma obowiązywać.Umowa dodatkowego ubezpieczenia może zostać zawarta pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela. Ubezpieczyciel może: zawrzeć umowę ubezpieczenia albo odmówić zawarcia, albo zaproponować zawarcie umowy ubezpieczenia na zmienionych warunkach.
3. Ubezpieczeniem może być objęta osoba, która w dniu doręczenia ubezpieczycielowi wniosku o zawarcie dodatkowego ubezpieczenia ukończyła 18 lat i nie ukończyła 65 lat.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 5-7.
5. Jeżeli żadna ze stron nie złoży drugiej stronie pisemnie, najpóźniej miesiąc przed końcem okresu ubezpieczenia, oświadczenia o nieprzedłużaniu umowy dodatkowego ubezpieczenia umowa dodatkowego ubezpieczenia przedłuży się na kolejne 5 lat, z zastrzeżeniem ust. 6-7.
6. Jeżeli do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia pozostało mniej niż 5 lat, umowa dodatkowego ubezpieczenia zostaje zawarta albo przedłuża się do końca okresu ubezpieczenia wynikającego z umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 7.
7. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
8. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia.
9. Ubezpieczający może odstąpić lub wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia na zasadach określonych w § 6 OWU. Rozwiązanie umowy dodatkowego ubezpieczenia nie powoduje rozwiązania umowy ubezpieczenia w zakresie podstawowym.

Przedmiot i zakres ubezpieczenia dodatkowego

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest zdrowie ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.
2. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel zobowiązuje się do świadczeń assistance medycznego określonych w § 6.
3. Uprawnionym do otrzymania świadczeń assistance medycznego ubezpieczyciela, określonych w § 6 ust. 1 w Tabeli:
 - 1) pkt 1)-9);15)-16);19)-21) jest ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego;
 - 2) pkt 10)-12) jest ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego;

- 3) pkt 13)-14) jest dziecko ubezpieczonego;
- 4) pkt 17)-18) jest ubezpieczony.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY rozpoczyna się od dnia wskazanego w polisie albo w innym dokumencie ubezpieczenia jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż od dnia następnego po dniu wpłaty składki regularnej, o której mowa w § 5.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY wygasa na zasadach określonych w umowie ubezpieczenia, nie później jednak niż w najbliższą rocznicę polisy przypadającą po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.

Składka regularna

§ 5

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

Świadczenie

§ 6

1. Zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia obejmuje następujące świadczenia assistance medycznego wykonywane wyłącznie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej:
 - 1) świadczenia wymienione w pkt 1)-9) oraz 15)-16) Tabeli dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) świadczenia wymienione w pkt 10)-12) Tabeli dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 3) świadczenia wymienione w pkt 13)-14) Tabeli dotyczące udzielenia pomocy dziecku ubezpieczonego, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 4) świadczenia wymienione w pkt 17)-18) Tabeli dotyczące udzielenia pomocy ubezpieczonemu, w razie wystąpienia zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 5) świadczenie wymienione w pkt 19) Tabeli gwarantowane w trudnych sytuacjach losowych dla ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego:
 - a) śmierć dziecka ubezpieczonego,
 - b) śmierć małżonka lub partnera ubezpieczonego,
 - c) śmierć rodziców ubezpieczonego,
 - d) śmierć rodziców małżonka lub partnera ubezpieczonego,
 - e) urodzenie martwego dziecka przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego,
 - f) poronienie dziecka przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego,
 - g) śmierć ubezpieczonego;
 zaistniałe w okresie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela;
 - 6) zdrowotne usługi informacyjne – pkt 20) Tabeli dla ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego;
 - 7) Baby assistance – pkt 21) Tabeli dla ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego.

Tabela Zakres świadczeń umowy dodatkowego ubezpieczenia WARTA ASSISTANCE MEDYCZNY

Pkt	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagle zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
1)	Transport medyczny polegający na organizacji i pokryciu kosztów: transportu medycznego do placówki medycznej transportu medycznego z placówki medycznej do innej placówki medycznej transportu medycznego z placówki medycznej do miejsca pobytu	usługi wymienione w pkt a)-c) są świadczone do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
2)	Organizacja i pokrycie kosztów procesu rehabilitacji	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko

Pkt	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
3)	Organizacja i pokrycie kosztów zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
4)	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy sprzętu rehabilitacyjnego	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
5)	Organizacja i pokrycie kosztów dostawy leków	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
6)	Organizacja i pokrycie kosztów opieki pielęgniarstwa po hospitalizacji	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
7)	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty lekarskiej	maksymalnie 3 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
8)	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty u lekarza specjalisty	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
9)	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty pielęgniarki	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
10)	Organizacja i pokrycie kosztów opieki domowej po hospitalizacji	maksymalnie 5 dni do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie; maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner,
11)	Organizacja i pokrycie kosztów opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi	do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie przewóz dzieci/osoby niesamodzielnej do opiekuna albo przewóz osoby wyznaczonej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi, albo do kwoty 150 zł/dzień na jedno zdarzenie w przypadku organizacji opieki w miejscu zamieszkania (max przez 5 dni); maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner
12)	Organizacja i pokrycie kosztów trenera fitness	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 1 000 zł	TAK	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner
13)	Organizacja i pokrycie kosztów pobytu opiekuna w razie hospitalizacji dziecka	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
14)	Organizacja i pokrycie kosztów prywatnych lekcji	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie	TAK	TAK	NIE	NIE	dziecko
15)	Organizacja i pokrycie kosztów transportu roweru po wypadku rowerowym	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
16)	Organizacja i pokrycie kosztów naprawy roweru po wypadku rowerowym	maksymalnie 2 zdarzenia w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	TAK	NIE	NIE	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
17)	Organizacja i pokrycie kosztów wizyty położnej	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 150 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony
18)	Organizacja i pokrycie kosztów trenera fitness (po urodzeniu dziecka)	maksymalnie 1 zdarzenie w roku polisowym do kwoty 1 000 zł	NIE	NIE	TAK	NIE	ubezpieczony

Pkt	Zakres świadczeń	Limity świadczeń w ciągu roku polisowego na osobę uprawnioną do świadczenia	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do świadczenia
			nagłe zachorowanie	obrażenia ciała, w wyniku wypadku	urodzenie się dziecka	trudna sytuacja losowa	
19)	Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa w trudnej sytuacji losowej	maksymalnie 5 zdarzeń w roku polisowym do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie	NIE	NIE	NIE	TAK	ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
20)	Zdrowotne usługi informacyjne	nielimitowany dostęp					ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko
21)	Infolinia „baby assistance”	nielimitowany dostęp					ubezpieczony, małżonek lub partner, dziecko

2. W razie wystąpienia nagłego zachorowania lub obrażeń ciała w wyniku wypadku, ubezpieczyciel ramach świadczeń wymienionych w pkt 1)-14) Tabeli zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów.

Organizacja i pokrycie kosztów:

1) **Transportu medycznego:**

- a) z miejsca pobytu do placówki medycznej – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego wymaga transportu medycznego z miejsca pobytu do najbliższej placówki medycznej, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego do placówki medycznej. Transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego, bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie, nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego,
- b) z placówki medycznej do innej placówki medycznej – w przypadku, gdy placówka medyczna, w której przebywa ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, nie odpowiada wymogom leczenia odpowiednim dla jego stanu zdrowia lub jest skierowany na zabieg albo badania lekarskie do innej placówki medycznej, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego do innej placówki medycznej, transport jest organizowany, o ile według informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie, nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego,
- c) z placówki medycznej do miejsca pobytu – ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu medycznego ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego ze szpitala do miejsca pobytu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej; transport jest organizowany, o ile według wiedzy lekarza uprawnionego bądź informacji uzyskanej od lekarza prowadzącego leczenie, nie jest konieczna interwencja pogotowia ratunkowego ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego.

Wymienione powyżej w pkt a)-c) usługi świadczone są do łącznej kwoty 1000 PLN na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym dla każdej osoby uprawnionej zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;

- 2) **Procesu rehabilitacyjnego** – w sytuacji, gdy ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, zgodnie z zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga rehabilitacji w miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, ubezpieczyciel organizuje proces rehabilitacji i pokrywa koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów, do łącznej kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;
- 3) **Zakupu lub wypożyczenia sprzętu rehabilitacyjnego** – w sytuacji, gdy ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wypożyczenia albo zakupu sprzętu rehabilitacyjnego maksymalnie do kwoty 700 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;
- 4) **Dostawy sprzętu rehabilitacyjnego** – w sytuacji, gdy ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, powinien używać sprzętu rehabilitacyjnego, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego sprzętu rehabilitacyjnego do miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;
- 5) **Dostawy leków** – w sytuacji gdy ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego, zgodnie ze sporządzonym na piśmie zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie, wymaga leżenia, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty dostarczenia leków do miejsca pobytu, do łącznej kwoty 250 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli; ubezpieczyciel nie odpowiada za braki w asortymencie leków w aptekach; koszty leków pokrywane są przez ubezpieczonego;

- 6) **Opieki pielęgniarskiej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego byli hospitalizowani przez okres dłuższy niż 5 dni oraz zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza prowadzącego leczenie istnieje konieczność opieki pielęgniarskiej, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty pomocy pielęgniarki (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium) w miejscu pobytu po zakończeniu hospitalizacji, w limicie do 5 dni i do łącznej kwoty 1 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;
- 7) **Wizyty lekarskiej** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania albo obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego, ubezpieczyciel organizuje i pokrywa koszty:
- a) wizyty lekarza w miejscu pobytu (koszty dojazdu oraz honorarium) albo
 - b) wizyty ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego u lekarza w placówce medycznej, albo
 - c) teleporady lekarskiej, na wniosek osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli.
- Ubezpieczyciel pokrywa koszty maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 3 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli; Ubezpieczyciel nie pokrywa kosztów badań i zabiegów medycznych;
- 8) **Wizyty u lekarza specjalisty** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego zgodnie z pisemnym zaleceniem lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza prowadzącego leczenie, wymaga wizyty u lekarza specjalisty, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty wizyty u lekarza specjalisty w placówce medycznej do kwoty 250 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;
- 9) **Wizyty pielęgniarskiej** – w przypadku zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego w zakresie nagłego zachorowania albo obrażeń ciała w wyniku wypadku u ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty wizyty pielęgniarki w miejscu pobytu (koszty dojazdu pielęgniarki i jej honorarium), maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej zgodnie, ze wskazaniem jej w Tabeli;
- 10) **Opieki domowej po hospitalizacji** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego byli hospitalizowani przez okres dłuższy niż 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia wynikający ze zdarzenia ubezpieczeniowego konieczna jest, po zakończeniu hospitalizacji, pomoc w prowadzeniu domu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty osób pomagających w prowadzeniu domu (koszty dojazdu i honorarium) w limicie do 5 dni i maksymalnie do łącznej kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli. Usługa obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymanie czystości w domu: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzenie dywanów i wykładzin, sprzątanie łazienki, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej, wyrzucanie śmieci, podlewanie kwiatów przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez ubezpieczonego; koszty zakupów realizowanych na zlecenie ubezpieczonego pokrywa ubezpieczony;
- 11) **Opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi** – jeżeli, zgodnie z informacją uzyskaną przez lekarza uprawnionego od lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego będzie hospitalizowany przez okres powyżej 3 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty:
- a) przewozu dzieci/osób niesamodzielnymi, w towarzystwie osoby uprawnionej do opieki do miejsca pobytu osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autokarowe lub transport taksówką), do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli, albo
 - b) przejazdu osoby uprawnionej do opieki nad dziećmi/osobami niesamodzielnymi, z jej miejsca pobytu do miejsca pobytu dzieci/osoby niesamodzielnej i jej powrotu (bilety kolejowe lub autokarowe, lub transport taksówką), do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli.
- Skorzystanie przez ubezpieczonego z jednej z usług, o których mowa w lit. a)–b) w związku z zajściem jednego zdarzenia ubezpieczeniowego, wyłącza możliwość skorzystania z drugiej z tych usług w związku z tym samym zdarzeniem ubezpieczeniowym; o wyborze jednej z usług, o których mowa w lit. a)–b), decyduje ubezpieczony.
- W przypadku, gdy ubezpieczycielowi nie udało się skontaktować z osobą uprawnioną do opieki w ciągu 24 godzin od momentu zawiadomienia centrum operacyjnego o konieczności organizacji ww. usługi, przy wykorzystaniu wskazanych przez ubezpieczonego danych do kontaktu z tą osobą lub osoba ta nie zgadza się na sprawowanie tej opieki i w związku z tym nie ma możliwości wykonania świadczeń wymienionych w lit. a) albo b), ubezpieczyciel, na wniosek ubezpieczonego wykonuje usługę polegającą na: organizacji opieki nad dziećmi/ osobami niesamodzielnymi w miejscu pobytu przez okres nie dłuższy niż 5 dni oraz pokryciu kosztów takiej opieki, maksymalnie do kwoty 150 zł na dzień na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli; jeżeli po upływie tego okresu będzie istniała konieczność przedłużenia opieki, ubezpieczyciel dołoży starań w celu zorganizowania opieki przez dalszą rodzinę lub opiekę społeczną;
- 12) **Trenera fitness** – jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego doznali obrażeń ciała w wyniku wypadku wymagającego hospitalizacji lub ww. osoby wskutek nagłego zachorowania były hospitalizowane przez okres co najmniej 14 dni, ubezpieczyciel zapewnia organizację zajęć z trenerem fitness i pokrywa koszty zajęć maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;
- 13) **Pobytu opiekuna w razie hospitalizacji dziecka** – jeżeli, dziecko jest hospitalizowane, ubezpieczyciel

zapewnia organizację i pokrywa koszty noclegów jednego opiekuna dziecka w szpitalu albo hotelu przyszpitalnym maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;

- 14) **Prywatnych lekcji** – jeżeli, stan zdrowia dziecka, wymaga jego przebywania w miejscu pobytu przez okres dłuższy niż 7 dni, na podstawie pisemnego zalecenia lekarza prowadzącego leczenie, ubezpieczyciel zapewnia organizację oraz pokrywa koszty prywatnych lekcji w miejscu pobytu, w okresie do 90 dni od daty ww. zalecenia, maksymalnie do kwoty 400 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych, w roku polisowym dla osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli.
3. W razie wystąpienia obrażeń ciała w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru zgodnie z definicją wypadku rowerowego, ubezpieczyciel ramach świadczeń wymienionych w pkt 15)-16) Tabeli, ponad zakres wskazany w ust. 2 powyżej, zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów:

Organizacja i pokrycie kosztów:

- 15) **Transportu roweru po wypadku** – jeżeli w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego doznali obrażeń ciała oraz rower na którym się poruszali uległ uszkodzeniu lub zniszczeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty transportu roweru z miejsca wypadku do miejsca pobytu lub do punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca wypadku, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli;
- 16) **Naprawy roweru po wypadku** – jeżeli w wyniku wypadku powstałego w trakcie użytkowania roweru na drodze publicznej, podczas którego ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego doznali obrażeń ciała oraz rower, na którym się poruszali uległ uszkodzeniu, ubezpieczyciel zapewnia organizację i pokrywa koszty naprawy roweru, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 2 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli; koszty materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy pokrywa ubezpieczony.
4. W przypadku urodzenia dziecka przez ubezpieczonego w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, ubezpieczyciel w ramach świadczeń wymienionych w pkt 17)-18) Tabeli 1, zapewnia organizację poniższych usług i pokrycie ich kosztów w wysokości nie przekraczającej podanych limitów:

Organizacja i pokrycie kosztów:

- 17) **Wizyty położnej** – ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu organizację jednej wizyty położnej w miejscu pobytu, w okresie do 30 dni od daty urodzenia się dziecka ubezpieczonemu, oraz pokrywa koszty tej wizyty (koszty przejazdu i honorarium położnej) maksymalnie do kwoty 150 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym dla ubezpieczonego;
- 18) **Trenera fitness** – ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu organizację zajęć z trenerem fitness, w okresie do 6 miesięcy od daty narodzin dziecka przez ubezpieczonego i pokrywa koszty zajęć maksymalnie do kwoty 1 000 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 1 zdarzenia ubezpieczeniowego w roku polisowym dla ubezpieczonego.
5. W razie wystąpienia w czasie trwania odpowiedzialności ubezpieczyciela, trudnej sytuacji losowej, o której mowa w § 6 ust. 1 pkt 5), ubezpieczyciel w ramach świadczenia wymienionego w pkt 19) Tabeli, zapewnia organizację poniższej usługi i pokrycie jej kosztów w wysokości nie przekraczającej podanego limitu:
- 19) **Organizacja i pokrycie kosztów pomocy psychologa** – ubezpieczyciel zapewnia ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi ubezpieczonego, dziecku ubezpieczonego organizację wizyty u psychologa oraz pokrywa jej koszty, maksymalnie do kwoty 500 zł na jedno zdarzenie ubezpieczeniowe i w odniesieniu do maksymalnie 5 zdarzeń ubezpieczeniowych w roku polisowym, dla każdej osoby uprawnionej, zgodnie ze wskazaniem jej w Tabeli.
6. W ramach świadczeń wymienionych w pkt 20)-21) Tabeli, ubezpieczyciel zapewnia dostęp ubezpieczonemu, małżonkowi/partnerowi ubezpieczonego lub dziecku ubezpieczonego do:

20) **Zdrowotnych usług informacyjnych** – których zakres obejmuje:

- a) udzielnie informacji o danych teleadresowych
 - a. państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia,
 - b. placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne,
 - c. placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny,
 - d. aptek czynnych przez całą dobę,
 - e. domów pomocy społecznej, hospicjów,
- b) udzielnie informacji na temat:
 - a. działania leków, skutków ubocznych ich działania, interakcji z innymi lekami,
 - b. przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami,
 - c. diet, zdrowego odżywiania się,
- c) rozmowę telefoniczną z lekarzem uprawnionym, który w miarę posiadanej wiedzy specjalistycznej oraz istniejących możliwości, udzieli ubezpieczonemu, małżonkowi lub partnerowi ubezpieczonego, dziecku ubezpieczonemu 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;

21) **Infolinii „baby assistance”**, której zakres obejmuje udzielenie informacji o:

- a) objawach ciąży,
- b) badaniach prenatalnych,
- c) wskazówkach w zakresie przygotowań do porodu,
- d) danych teleadresowe szkół rodzenia,
- e) pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie,

- f) karmienia i pielęgnacji noworodka,
 - g) obowiązkowych szczepień dzieci.
7. Jeżeli w ramach zakresu świadczeń zostanie przekroczony limit kosztów określony w umowie dodatkowego ubezpieczenia, może być ona wykonana przez centrum operacyjne, o ile ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego lub ich przedstawiciel ustawowy wyrazi zgodę na pokrycie różnicy pomiędzy kosztami faktycznymi, a zagwarantowanym przez ubezpieczyciela limitem.

Wyłączenia odpowiedzialności

§ 7

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela nie obejmuje:
- 1) świadczeń i usług poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terenem Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 3) wizyty lekarskiej u stomatologa, jeśli nie dotyczą skutków wypadku;
 - 4) kosztów poniesionych przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego na świadczenia assistance medycznego, bez uprzedniego powiadomienia i uzyskania zezwolenia centrum operacyjnego, nawet gdy koszty te mieszczą się w granicach limitów odpowiedzialności, z zastrzeżeniem § 8 ust. 5 i 6;
 - 5) w przypadku dostawy leków - kosztów zakupu leków (ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 6) kosztów powstałych z tytułu badań i zabiegów medycznych;
 - 7) świadczeń i usług powstałych w wyniku:
 - a) samookaleczenia lub okaleczenia na własną prośbę, usiłowania popełnienia samobójstwa,
 - b) leczenia wynikającego lub będącego konsekwencją: wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków,
 - c) epidemii lub pandemii, katastrof naturalnych, wycieków, zanieczyszczeń lub skażeń,
 - d) poddania się przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub dziecka ubezpieczonego leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych,
 - e) uprawiania przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego niebezpiecznych sportów: nurkowanie, wspinaczka skałkowa, wspinaczka wysokogórska, speleologia, baloniarstwo, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż: sportowy, wojskowy, zawodowy, amatorski, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, jazda gokartami, jazda quadami, sporty motorowodne, sporty walki, skoki na gumowej linie,
 - f) zatrucia ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego alkoholem, narkotykami lub substancjami toksycznymi lub w związku z działaniem ubezpieczonego małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecka ubezpieczonego pod wpływem tych środków lub w wyniku schorzeń spowodowanych tymi środkami, wyłączając przypadki ich zażycia zgodnie z zaleceniem lekarza,
 - g) popełnienia lub usiłowania popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego, dziecko ubezpieczonego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową,
 - h) zabiegów ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania,
 - i) rutynowych kontroli zdrowotnych,
 - j) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,
 - k) chorób związanych z wirusem HIV,
 - l) chorób psychicznych lub zaburzeń psychicznych,
 - m) chorób przewlekłych.
2. Ubezpieczyciel nie ponosi odpowiedzialności za opóźnienia lub za brak możliwości realizacji świadczeń, jeżeli są one spowodowane decyzjami władz administracyjnych.

Realizacja świadczeń

§ 8

1. Świadczenia realizowane są wyłącznie na podstawie telefonicznego wniosku zgłoszonego przez ubezpieczonego, małżonka lub partnera ubezpieczonego lub opiekuna dziecka ubezpieczonego w przypadku zaistnienia zdarzenia uprawniającego do świadczeń assistance medycznego. Ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub opiekun dziecka 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, uprawnionego;
 - 3) adres miejsca zamieszkania/pobytu;
 - 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. Ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego zobowiązani są na wniosek centrum operacyjnego do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą zaświadczenia i skierowania lekarskie, karty wypisowe ze szpitala recepty, faktury i rachunki dokumentujące poniesione koszty.
4. Jeżeli ubezpieczony, małżonek lub/partner ubezpieczonego lub dziecko ubezpieczonego z przyczyn niezależnych od siebie nie mogli skontaktować się z centrum operacyjnym w sposób, o którym mowa w ust. 1, zobowiązani są w ciągu 7 dni od dnia, w którym skontaktowanie się z centrum operacyjnym stało się możliwe, powiadomić o zajściu zdarzenia ubezpieczeniowego. Ponadto ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego zobowiązani są podać przyczynę niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym.
5. Jeżeli ubezpieczony, małżonek lub partner ubezpieczonego wskutek niemożności skontaktowania się z centrum operacyjnym, o której mowa w ust. 4, we własnym zakresie zorganizowali i pokryli koszty usług, o których mowa w § 6 ust. 2-5, ubezpieczyciel zobowiązany jest do zwrotu ubezpieczonemu małżonkowi lub partnerowi ubezpieczonego poniesionych przez nich ww. kosztów do wysokości faktycznie poniesionych kosztów, nie więcej jednak niż do wysokości limitu kwotowego odpowiedzialności ustalonego w niniejszym ryzyku ubezpieczeniowym dla danej usługi.
6. W razie naruszenia z winy umyślnej lub z rażącego niedbalstwa obowiązku powiadomienia o zaistniałym zdarzeniu ubezpieczeniowym w terminie określonym w ust. 4, ubezpieczyciel może odpowiednio zmniejszyć świadczenie, jeżeli naruszenie to uniemożliwiło ubezpieczycielowi ustalenie okoliczności i skutków zdarzenia ubezpieczeniowego.
7. Zwrot kosztów będzie następował na podstawie dokumentów potwierdzających zajście zdarzenia ubezpieczeniowego i poniesienie kosztów, tj. dokumentu stwierdzającego przyczynę i zakres udzielonej pomocy oraz rachunków i dowodów ich zapłaty. Zwrot kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez ubezpieczonego, w granicach limitów określonych w § 6 ust. 2-5.
8. Przez datę zaistnienia zdarzenia, rozumie się faktyczną datę zajścia zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 9

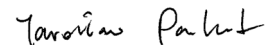
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 10

Niniejsze OWUD zostały zatwierdzone uchwałą nr 185/2021 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Katalog operacji stanowiący załącznik do Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących operacji ubezpieczonego

Wskazane w Katalogu operacji poziomy Operacji odpowiadają poniższym procentom Sumy ubezpieczenia:

Poziom Operacji	1	2	3	4	5
Procent Sumy ubezpieczenia	10%	25%	50%	75%	100%

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
A Operacje układu nerwowego	
1. Chemotalamectomia	4
2. Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	5
3. Dekortykacja opon mózgu	3
4. Drenaż krwaka śródmózgowego	4
5. Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	3
6. Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	3
7. Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	3
8. Drenaż ropnia podpajęczynówkowego mózgowego	3
9. Drenaż ropniaka podtwardówkowego	3
10. Drenaż wodniaka śródczaszkowego	3
11. Implantacja, założenie wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu	3
12. Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtwardówkowego	4
13. Kraniotomia z usunięciem krwaka podtwardówkowego	4
14. Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	4
15. Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	4
16. Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	4
17. Lobektomia/ traktotomia	4
18. Operacje naprawcze nerwu obwodowego	1
19. Odbarczenie nerwu czaszkowego	3
20. Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	5
21. Operacja naprawcza opony twardej	5
22. Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	3
23. Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	4
24. Operacja przepukliny mózgowej	3
25. Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	3
26. Operacja tętniaka lub naczyńniaka mózgu	5
27. Operacje naprawcze nerwu współczulnego	2
28. Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	3
29. Pozaczaszkowy drenaż komorowy z założeniem zastawki	3
30. Pozaczaszkowy drenaż mózgu	3
31. Przecięcie dróg mózgowych	4
32. Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	4
33. Przeszczep nerwu czaszkowego	5
34. Przeszczep nerwu obwodowego	4
35. Przeszczep opony twardej mózgu	4
36. Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	5
37. Rekonstrukcja nerwu obwodowego	2

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
38. Rekonstrukcja opon mózgowych	5
39. Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	5
40. Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	4
41. Sympatektomia lędźwiowa	3
42. Sympatektomia przedkrzyżowa	2
43. Sympatektomia szyjna	3
44. Talamotomia	4
45. Usunięcie ropnia mózdzku	3
46. Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	5
47. Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	3
48. Wycięcie opon rdzeniowych	4
49. Wycięcie guza mózdzku	4
50. Wycięcie guza pnia mózgu	4
51. Wycięcie lub zniszczenie splotu naczyniówkowego opon mózgowych	3
52. Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	2
53. Wycięcie nerwu obwodowego	2
54. Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	5
55. Wycięcie zmiany tkanki mózgu	5
56. Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	5
57. Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	1
58. Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	5
59. Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	3
60. Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	3
61. Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	2
B Operacje wydzielania wewnętrznego i piersi	
62. Operacja szyszynki	5
63. Wycięcie całkowite przysadki mózgowej	5
64. Częściowe wycięcie przysadki mózgowej	5
65. Całkowite usunięcie tarczycy	4
66. Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	2
67. Wycięcie przewodu tarczowo-językowego	3
68. Częściowe wycięcie tarczycy (płata)	3
69. Wycięcie tarczycy językowej	3
70. Całkowite usunięcie przytarczyc	4
71. Częściowe usunięcie przytarczyc	3
72. Jednostronne usunięcie nadnercza	2
73. Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	2
74. Obustronne usunięcie nadnerczy	3
75. Wycięcie zmiany nadnercza	2
76. Wycięcie grasicy	3

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
77. Całkowita obustronna rekonstrukcja piersi	4
78. Całkowita jednostronna rekonstrukcja piersi	3
79. Obustronne radykalne odjęcie piersi (obustronna mastektomia)	5
80. Jednostronne radykalne odjęcie piersi (jednostronna mastektomia)	3
81. Obustronne proste odjęcie piersi (obustronna mastektomia)	4
82. Jednostronne proste odjęcie piersi (jednostronna mastektomia)	3
83. Subtotalna mammektomia	3
84. Wycięcie kwadrantu piersi	1
85. Usunięcie zmiany piersi	1
86. Operacja dotycząca brodawki sutkowej	1
C Operacje oka	
87. Wycięcie gałki ocznej	3
88. Wytrzewienie gałki ocznej z jednoczasowym wszczepem protezy	3
89. Usunięcie zmiany oczodołu	3
90. Osteoplastyka oczodołu	3
91. Nacięcie oczodołu	1
92. Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	1
93. Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	3
94. Repozycja mięśnia okoruchowego	3
95. Usunięcie mięśnia okoruchowego	3
96. Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z klamrowaniem	2
97. Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	1
98. Usunięcie ciała rzęskowego	2
99. Operacje naprawcze soczewki	2
100. Usunięcie soczewki (w tym operacja zaćmy)	2
101. Operacja ciała szklistego	2
102. Protezowanie gałki ocznej	2
103. Rewizja protezy gałki ocznej	1
104. Operacje naprawcze powieki	1
105. Rekonstrukcja powieki	1
106. Operacja gruczołu łzowego	1
107. Operacja kanału łzowego	1
108. Usunięcie zmiany spojówki	1
109. Operacja naprawcza spojówki	1
110. Wycięcie zmiany rogówki	1
111. Operacja naprawcza rogówki	1
112. Usunięcie zmiany twardówki	1
113. Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki	1
114. Nacięcie twardówki	1
115. Wycięcie tęczówki	1
116. Nacięcie tęczówki	1
117. Nacięcie torebki soczewki oka	1
118. Zniszczenie zmiany siatkówki	1
119. Zabieg naprawczy wielu struktur oka (pourazowe)	3
120. Operacyjne zaopatrzenie pękniętej gałki ocznej	3
121. Wycięcie zmiany ciała rzęskowego	1
D Operacje ucha	
122. Operacja ślimaka	3
123. Wszczepienie implantu ślimakowego	2
124. Operacja aparatu przedsionkowego	2
125. Wycięcie ucha zewnętrznego	2
126. Plastyka ucha zewnętrznego	2

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
127. Plastyka przewodu słuchowego ucha zewnętrznego	2
128. Wytworzenie zewnętrznego przewodu słuchowego części kostnej	2
129. Otwarcie wyrostka sutkowatego	2
130. Operacja naprawcza błony bębenkowej	2
131. Rekonstrukcja kosteczek słuchowych	3
132. Usunięcie zmiany ucha środkowego	2
133. Operacja trąbki Eustachiusza	1
134. Usunięcie zmiany ucha zewnętrznego	1
135. Drenaż ucha zewnętrznego	1
136. Drenaż ucha środkowego	1
137. Operacja naprawcza ucha środkowego	1
138. Drenaż ucha wewnętrznego	2
139. Operacja przetoki ucha wewnętrznego	2
140. Wszczepienie protezy ślimaka	3
E Operacje układu oddechowego	
141. Operacja przegrody nosa	1
142. Operacja małżowiny wewnętrznej nosa	1
143. Usunięcie zmiany nosa wewnętrznego	1
144. Operacja zatoki nosa	1
145. Operacja naprawcza deformacji nosa	1
146. Amputacja (usunięcie) nosa	4
147. Operacyjne tamowanie krwotoku z nosa	1
148. Rekonstrukcja przewodu zatokowo-nosowego	1
149. Operacje naprawcze nozdrzy tylnych	1
150. Jednoczasowa rekonstrukcja krtani i tchawicy	5
151. Wycięcie gardła	5
152. Wycięcie zmiany gardła	2
153. Rozszerzanie gardła	2
154. Zamknięcie przetoki gardła	2
155. Przeszczep krtani	5
156. Usunięcie zrostów krtani	1
157. Wycięcie krtani	3
158. Rekonstrukcja krtani	3
159. Wycięcie zmiany krtani	2
160. Rozszerzenie krtani	1
161. Operacja przetoki krtani	1
162. Operacja naprawcza krtani	3
163. Wycięcie chrząstki krtani	2
164. Wycięcie strun głosowych	2
165. Wszczepienie protezy głosowej	3
166. Protezowanie tchawicy	3
167. Operacja ostrogi tchawicy	3
168. Częściowe wycięcie tchawicy	3
169. Tracheostomia	1
170. Operacja naprawcza tchawicy	2
171. Operacja przetoki tchawicy	2
172. Przeszczep płuca	5
173. Całkowite usunięcie płuca	5
174. Częściowe wycięcie płuca	4
175. Usunięcie zmiany tkanki płucnej	3
176. Operacja naprawcza oskrzela	2
177. Wycięcie oskrzela	4
178. Częściowe usunięcie oskrzela	3
179. Operacja przetoki oskrzelowej	1
180. Wycięcie zmiany oskrzela	2
181. Wycięcie zmiany śródpiersia	3
182. Operacyjne otwarcie zatoki szczękowej	1
183. Wycięcie zmiany zatoki szczękowej	1

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
184. Wyłonienie zatoki szczękowej	1
185. Otwarcie zatoki czołowej	1
186. Wycięcie zmiany zatoki czołowej	1
187. Obliteracja zatoki czołowej	1
188. Wycięcie zatoki czołowej	1
189. Otwarcie zatoki klinowej	1
190. Usunięcie zatoki klinowej	1
191. Otwarcie komórek sitowych	1
192. Wycięcie komórek sitowych	1
F Operacje w zakresie jamy ustnej	
193. Całkowite wycięcie języka	3
194. Częściowe wycięcie języka	2
195. Korekcja deformacji podniebienia	2
196. Korekcja deformacji wargi	1
197. Częściowe wycięcie wargi	2
198. Usunięcie zmiany wargi	1
199. Usunięcie zmiany języka	1
200. Wycięcie torbieli bocznej szyi lub pozostałości szczeliny skrzelowej	1
201. Usunięcie zmiany podniebienia	1
202. Częściowe lub całkowite wycięcie migdałków	1
203. Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	1
204. Wycięcie ślinianki	2
205. Wycięcie zmiany ślinianki	1
206. Nacięcie gruczołu ślinowego	1
207. Przeszczepienie przewodu ślinowego	2
208. Usunięcie kamienia z przewodu ślinowego metodą otwartą	1
209. Podwiązanie przewodu ślinowego	1
210. Poszerzenie przewodu ślinowego	1
211. Uvulectomia	1
212. Zamknięcie przetoki ślinowej	1
213. Rekonstrukcja struktur jamy ustnej (z wyłączeniem zębów i dziąseł)	2
G Operacje przewodu pokarmowego	
214. Operacja przepukliny przeponowej	3
215. Nacięcie przełyku	1
216. Całkowite wycięcie przełyku	5
217. Zespolenie omijające przełyku	5
218. Operacja naprawcza przełyku	5
219. Częściowe wycięcie przełyku	3
220. Usunięcie zmiany przełyku	2
221. Rewizja zespolenia przełyku	2
222. Wytworzenie przetoki przełykowej	3
223. Operacja żyłaków przełyku	3
224. Wprowadzenie endoprotezy przełyku	3
225. Wytworzenie sztucznego przełyku	4
226. Odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego	3
227. Operacja naprawcza przepukliny przeponowej	3
228. Leczenie operacyjne choroby wrzodowej żołądka	3
229. Usunięcie zmiany żołądka	2
230. Całkowite wycięcie żołądka	5
231. Częściowe wycięcie żołądka (nie dotyczy operacji bariatrycznych)	3
232. Operacja plastyczna żołądka (nie dotyczy operacji bariatrycznych)	2
233. Zaszycie wrzodu żołądka	2

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
234. Zaszycie rozerwanego żołądka	2
235. Pyloromyotomia	2
236. Operacja antyrefluksowa	2
237. Gastrostomia	3
238. Opanowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	2
239. Zaszycie wrzodu dwunastnicy	2
240. Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze (nie dotyczy operacji bariatrycznych)	3
241. Zespolenie żołądkowo-jelitowe (nie dotyczy operacji bariatrycznych)	3
242. Wycięcie dwunastnicy	4
243. Usunięcie zmiany dwunastnicy	3
244. Zespolenie omijające dwunastnicy	3
245. Leczenie operacyjne choroby wrzodowej dwunastnicy	3
246. Operacja przetoki dwunastniczej	2
247. Zaszycie rozerwanej dwunastnicy	2
248. Całkowite wycięcie jelita cienkiego	4
249. Częściowe wycięcie jelita cienkiego	3
250. Usunięcie zmiany jelita cienkiego	1
251. Jejunostomia	2
252. Zespolenie omijające jelita cienkiego	3
253. Zamknięcie przetoki jelita cienkiego	3
254. Zaszycie rozerwanego jelita cienkiego	2
255. Odprowadzenie skrętu jelita	2
256. Odprowadzenie wgłobienia jelita	2
257. Rewizja zespolenia jelita cienkiego	3
258. Wytworzenie ileostomii	3
259. Rewizja ileostomii	2
260. Ufiksowanie jelita cienkiego	2
261. Usunięcie zrostów otrzewnowych	1
262. Wycięcie wyrostka robaczkowego	1
263. Wycięcie kątnicy	4
264. Wyłonienie kątnicy	3
265. Prawostronna hemikolektomia	4
266. Wycięcie poprzecznicy	4
267. Lewostronna hemikolektomia	4
268. Wycięcie esicy	4
269. Wycięcie kilku odcinków jelita grubego	4
270. Wycięcie jednego odcinka jelita grubego	3
271. Operacja przetoki jelita grubego	3
272. Usunięcie zmiany esicy	2
273. Usunięcie zmiany okrężnicy	2
274. Operacja okrężnicy	2
275. Nacięcie okrężnicy	1
276. Wyłonienie poprzecznicy	3
277. Wyłonienie esicy	3
278. Zaszycie rozerwania jelita grubego	2
279. Zespolenie omijające okrężnicy	3
280. Całkowite wycięcie okrężnicy	5
281. Ufiksowanie jelita grubego	2
282. Wycięcie odbytnicy	5
283. Zaszycie rozerwanej odbytnicy	2
284. Usunięcie zmiany odbytnicy	3
285. Ufiksowanie odbytnicy	2
286. Operacja naprawcza odbytu	2
287. Wycięcie odbytu	4
288. Wycięcie zmiany odbytu	2
289. Drenaż przez okolice krocza	1
290. Wycięcie zatoki włosowej	1
291. Wycięcie hemoroidów	1

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
292. Totalna śródbrzuszna kolektomia	5
H Operacje narządów jamy brzusznej	
293. Przeszczep wątroby (jako biorca)	5
294. Operacja pobrania fragmentu wątroby od żywego dawcy	5
295. Częściowe wycięcie wątroby	4
296. Usunięcie zmiany wątroby	2
297. Zespolenie przewodu wątrobowego	4
298. Przeszczep trzustki	5
299. Całkowite wycięcie trzustki	5
300. Wycięcie głowy trzustki	5
301. Wycięcie ogona trzustki	4
302. Zespolenie przewodu trzustkowego	3
303. Usunięcie zmiany trzustki	2
304. Otwarty drenaż trzustki	2
305. Wytworzenie przetoki torbieli trzustki	3
306. Zespolenie pęcherzyka żółciowego	3
307. Operacja naprawcza pęcherzyka żółciowego	2
308. Wycięcie przewodu żółciowego wspólnego	4
309. Plastyka przewodu żółciowego wspólnego	3
310. Zespolenie przewodu żółciowego wspólnego	3
311. Operacja naprawcza przewodu żółciowego	2
312. Przedwunastnicza plastyka zwieracza brodawki Vatera	3
313. Przedwunastnicze nacięcie zwieracza brodawki Vatera	1
314. Zaszycie uszkodzonego przewodu żółciowego	3
315. Wycięcie pęcherzyka żółciowego	1
316. Usunięcie zmiany dróg żółciowych	2
317. Wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	3
318. Całkowite wycięcie śledziony	4
319. Operacja z powodu pęknięcia śledziony z pozostawieniem narządu	2
320. Wycięcie zmiany śledziony	2
321. Częściowe wycięcie śledziony	3
322. Wycięcie zmiany trzustki	3
323. Wycięcie brodawki Vatera	2
I Operacje serca i naczyń wieńcowych	
324. Przeszczep serca	5
325. Korekcja całkowita tetralogii Fallota	5
326. Operacja złożonych wad wielkich naczyń	5
327. Korekcja całkowitego nieprawidłowego spływu żylnego	5
328. Korekcja całkowita wspólnego pnia tętniczego	5
329. Zamknięcie ubytku przegrody przedsionkowo - komorowej	5
330. Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	5
331. Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	5
332. Zamknięcie przewodu tętniczego Botalla	3
333. Operacja naprawcza tętniaka serca	3
334. Wycięcie tętniaka serca	4
335. Operacje mięśni brodawkowatych serca	3
336. Operacje nici ścięgnistych serca	3
337. Plastyka przedsionka serca	5
338. Plastyka komory serca	5
339. Plastyka zastawki dwudzielnej	5

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
340. Wszczepienie zastawki dwudzielnej	4
341. Plastyka zastawki aortalnej	5
342. Wszczepienie zastawki aortalnej	4
343. Plastyka zastawki trójdzielnej	5
344. Wszczepienie zastawki trójdzielnej	4
345. Plastyka zastawki tętnicy płucnej	5
346. Wszczepienie zastawki tętnicy płucnej	4
347. Rewizja plastyki zastawki serca	5
348. Otwarta walwulotomia	4
349. Zamknięta walwulotomia	4
350. Przeszkórna wymiana zastawki aortalnej	3
351. Przeszkórna wymiana zastawki mitralnej	3
352. Przeszkórne zamknięcie uszka przedsionka	2
353. Pomostowanie jednej tętnicy wieńcowej	5
354. Pomostowanie więcej, niż jednej tętnicy wieńcowej	5
355. Operacja tętniaka tętnicy wieńcowej	4
356. Drenaż osierdzia	2
357. Wycięcie osierdzia	5
358. Usunięcie zwężenia struktur związanych z zastawkami serca	4
359. Otwarta koronaroplastyka	5
360. Przeszkórna operacja tętnicy płucnej	2
361. Operacja układu bodźcoprzewodzącego serca	2
362. Wszczepienie systemu wspomaganie serca	4
363. Wszczepienie systemu mechanicznego wspomaganie serca	4
364. Przeszkórna angioplastyka tętnicy wieńcowej	2
365. Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	2
J Operacje naczyń tętnicznych i żylnych	
366. Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy płucnej	5
367. Wytworzenie pozaanatomicznego pomostu aortalnego	5
368. Wycięcie tętniaka aorty	5
369. Plastyka aorty	5
370. Operacja naprawcza uszkodzenia aorty	3
371. Zespolenie aortalno-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	5
372. Zespolenie podobojczykowo-płucne z użyciem wstawki naczyniowej	5
373. Wymiana aortalnej protezy naczyniowej	3
374. Usunięcie skrzepliny z aorty	3
375. Usunięcie skrzepliny z tętnicy mózgu	3
376. Operacja tętniaka tętnicy mózgu	5
377. Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy mózgu	3
378. Rekonstrukcja tętnicy mózgu	3
379. Wycięcie zmiany tętnicy mózgu	3
380. Usunięcie skrzepliny z tętnicy szyjnej	2
381. Operacja tętniaka tętnicy szyjnej	3
382. Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy szyjnej	3
383. Rekonstrukcja tętnicy szyjnej	3
384. Wycięcie zmiany tętnicy szyjnej	3
385. Usunięcie skrzepliny z tętnicy podobojczykowej	2
386. Operacja tętniaka tętnicy podobojczykowej	2

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
387.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy podobojczykowej	3
388.	Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	5
389.	Wycięcie zmiany tętnicy podobojczykowej	2
390.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy kończyny górnej	2
391.	Operacja tętniaka tętnicy kończyny górnej	2
392.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy kończyny górnej	3
393.	Rekonstrukcja tętnicy kończyny górnej	3
394.	Wycięcie zmiany tętnicy kończyny górnej	2
395.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy nerkowej	2
396.	Operacja tętniaka tętnicy nerkowej	2
397.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy nerkowej	3
398.	Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	5
399.	Wycięcie zmiany tętnicy nerkowej	2
400.	Usunięcie skrzepliny z innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
401.	Operacja tętniaka innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
402.	Operacja naprawcza uszkodzenia innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	3
403.	Rekonstrukcja innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	5
404.	Wycięcie zmiany innych gałęzi trzewnych aorty brzusznej	2
405.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy biodrowej	2
406.	Operacja tętniaka tętnicy biodrowej	5
407.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy biodrowej	3
408.	Rekonstrukcja tętnicy biodrowej	5
409.	Wycięcie zmiany tętnicy biodrowej	2
410.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy udowej	2
411.	Operacja tętniaka tętnicy udowej	5
412.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy udowej	3
413.	Rekonstrukcja tętnicy udowej	5
414.	Wycięcie zmiany tętnicy udowej	2
415.	Usunięcie skrzepliny z tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	2
416.	Operacja tętniaka tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	2
417.	Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	3
418.	Rekonstrukcja tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	3
419.	Wycięcie zmiany tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	2
420.	Rekonstrukcja żyły głównej górnej	3
421.	Operacja naprawcza uszkodzenia żyły głównej górnej	3
422.	Rekonstrukcja żyły głównej dolnej	3
423.	Operacja naprawcza uszkodzenia żyły głównej dolnej	3
424.	Zespolenie żyły wrotnej lub gałęzi żyły wrotnej	5
425.	Zespolenie tętniczo-żylnie	2
426.	Wytworzenie zastawki żyły obwodowej	1
427.	Wycięcie żyłaków kończyny dolnej	2
428.	Usunięcie skrzepliny z żyły	3
429.	Pomostowanie aorty brzusznej lub/i tętnic brzusznych lub/i tętnic kończyn dolnych	3

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
430.	Szycie tętnicy	2
431.	Operacja zamknięcia przetrwałego przewodu tętniczego	5
K	Operacje układu moczowego i gruczołu krokowego	
432.	Wycięcie obu nerek	5
433.	Całkowite wycięcie nerki	4
434.	Przeszczep nerki (jako biorca)	5
435.	Operacja pobrania nerki od żywego dawcy	5
436.	Częściowe wycięcie nerki	3
437.	Wycięcie kielicha nerkowego	2
438.	Usunięcie zmiany nerki	2
439.	Ufiksovanie nerki ruchomej	2
440.	Operacja przetoki nerkowej	2
441.	Operacja naprawcza nerki	2
442.	Nefrostomia	2
443.	Zeszycie nerki po urazie	2
444.	Operacja torbieli nerki	2
445.	Usunięcie kamienia z nerki	1
446.	Usunięcie skrzepliny z nerki	2
447.	Pielostomia	2
448.	Całkowite wycięcie moczowodu	4
449.	Częściowe wycięcie moczowodu	3
450.	Reimplantacja moczowodu do pęcherza moczowego	3
451.	Wytworzenie przetoki moczowodowej	2
452.	Reimplantacja moczowodu	2
453.	Operacja naprawcza moczowodu	2
454.	Operacja przetoki moczowodu	2
455.	Zespolenie moczowodu z drugim moczowodem	3
456.	Wszczepienie moczowodu do jelita	3
457.	Wszczepienie protezy moczowodu	3
458.	Przecewkowe usunięcie skrzepu z moczowodu	1
459.	Przecewkowe usunięcie ciała obcego z moczowodu	1
460.	Przecewkowe usunięcie kamienia z moczowodu	1
461.	Wszczepienie elektronicznego stymulatora moczowodu	2
462.	Wytworzenie przetoki skórno-jelitowo-moczowodowej	2
463.	Całkowite wycięcie pęcherza moczowego	5
464.	Częściowe wycięcie pęcherza moczowego	3
465.	Powiększenie pojemności pęcherza moczowego	3
466.	Wycięcie lub zniszczenie zmiany pęcherza moczowego	2
467.	Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	2
468.	Operacja plastyczna pęcherza moczowego i cewki moczowej	3
469.	Wycięcie uchylka pęcherza moczowego	2
470.	Operacja przetoki pęcherzowej	2
471.	Wszczepienie elektronicznego stymulatora pęcherza moczowego	2
472.	Usunięcie kamienia z pęcherza moczowego	1
473.	Zespolenie pęcherza z pętlą jelitową	3
474.	Rekonstrukcja pęcherza moczowego	3
475.	Wytworzenie zastępczego pęcherza moczowego	3

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
476. Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczepieniem moczowodów	3
477. Operacja przetoki cewki moczowej	2
478. Korekcja zwężenia cewki moczowej	1
479. Wycięcie uchyłka cewki moczowej	2
480. Plastyka ujścia zewnętrznego cewki moczowej	2
481. Wszczepienie protezy cewki moczowej	3
482. Całkowite wycięcie cewki moczowej	4
483. Częściowe wycięcie cewki moczowej	3
484. Operacja spodziectwa	1
485. Operacja naprawcza cewki moczowej	2
486. Sfałdowanie cewki moczowej	1
487. Wszczepienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	1
488. Operacja wierzchniactwa	1
489. Całkowite wycięcie stercza	3
490. Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	1
491. Usunięcie zmiany stercza	1
492. Częściowe wycięcie stercza	3
493. Usunięcie kamieni sterczowych	1
494. Wycięcie pęcherzyków nasiennych	1
495. Plastyka ujścia pęcherza moczowego	2
496. Operacyjne leczenie nietrzymania moczu	2
497. Zespolenie układu moczowego	2
498. Plastyka układu moczowego	2
499. Nacięcie moczowodu	1
500. Operacja naprawcza pęcherza moczowego	2
501. Wytworzenie zespolenia pęcherza moczowego	2
L Operacje męskich narządów płciowych	
502. Wycięcie prącia całkowite	3
503. Wycięcie prącia częściowe	3
504. Usunięcie zmiany prącia	1
505. Operacja naprawcza prącia	1
506. Protezowanie prącia	2
507. Replantacja prącia	2
508. Obustronne wycięcie jąder	3
509. Usunięcie jądra	1
510. Operacja wodniaka jądra	1
511. Obustronne sprowadzenie jąder do moszny	2
512. Jednostronne sprowadzenie jąder do moszny	1
513. Protezowanie jądra	2
514. Wycięcie zmiany jądra	1
515. Całkowite wycięcie moszny	3
516. Częściowe wycięcie moszny	1
517. Operacja najądrza	1
518. Wycięcie najądrza	1
519. Wycięcie zmiany najądrza	1
520. Operacja naprawcza powrózka nasiennego	2
521. Operacja żyłaków powrózka nasiennego	1
522. Wycięcie nasieniowodu	1
523. Operacja napletka	1
M Operacje żeńskich narządów płciowych	
524. Całkowite wycięcie macicy z przydatkami	4
525. Całkowite wycięcie macicy	3
526. Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	3
527. Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	2
528. Wycięcie szyjki macicy	1

Nazwa Operacji	Poziom Operacji
529. Wycięcie zmiany szyjki macicy	1
530. Operacja więzadła szerokiego macicy	1
531. Operacja innego więzadła macicy	1
532. Usunięcie mięśniaków macicy	2
533. Usunięcie zrostów macicy	1
534. Wycięcie zmiany trzonu macicy	1
535. Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	1
536. Operacja zamknięcia przetoki macicy	2
537. Operacje aparatu zawieszającego macicę	1
538. Obustronne wycięcie jajników i jajowodów	2
539. Operacja jajnika i/lub jajowodu	1
540. Wycięcie pochwy	2
541. Nacięcie zrostów pochwy	1
542. Usunięcie zmiany pochwy	1
543. Operacja naprawcza pochwy	2
544. Operacja przetoki pochwowej	2
545. Rekonstrukcja sklepienia pochwy	3
546. Plastyka sklepienia pochwy	2
547. Operacja łechtaczki	1
548. Operacja gruczołu Bartholina	1
549. Wycięcie zmiany sromu	2
550. Operacja naprawcza w obrębie sromu	1
551. Uwolnienie zrostów sromu	1
552. Plastyka wypadniętej pochwy połączona z resekcją szyjki macicy	2
553. Operacja w obrębie zatoki Douglase'a	1
554. Wycięcie sromu	2
N Operacje skóry	
555. Odległy przeszczep płata skórno-mięśniowego	2
556. Przeszczep płata skórno-nerwowego	2
557. Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	1
558. Odległy przeszczep uszypułowanego płata skórno-nerwowego	1
559. Przeszczep płata skóry owłosionej	1
560. Operacja uwolnienia blizny z użyciem płata skórno-nerwowego	1
561. Miejscowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	1
562. Miejscowy przeszczep płata skórno-powięziowego	2
563. Miejscowy przeszczep uszypułowanego tkanką podskórną płata skóry	1
564. Siatkowy autoprzeszczep skóry	1
565. Przeszczep śluzówki	1
566. Przeszczepienie innej tkanki do skóry	1
567. Wprowadzenie ekspandera pod skórę	1
568. Uszypułowany lub płatowy przeszczep skóry	1
O Operacje tkanek miękkich	
569. Operacja naprawcza przepony	4
570. Zaszycie pękniętej przepony	4
571. Wycięcie zmiany przepony	2
572. Częściowe wycięcie ściany klatki piersiowej	4
573. Rekonstrukcja ściany klatki piersiowej	3
574. Wycięcie opłucnej po obu stronach klatki piersiowej	2
575. Wycięcie zmiany opłucnej	2
576. Zabieg naprawczy opłucnej	2
577. Drenaż odmy opłucnowej po obu stronach klatki piersiowej	1

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
578.	Drenaż odmy opłucnowej po jednej stronie klatki piersiowej	1
579.	Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	1
580.	Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	1
581.	Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	1
582.	Plastyka nawrotowej przepukliny w kresie białej	1
583.	Plastyka nawrotowej przepukliny pępkowej	1
584.	Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	1
585.	Pierwotna plastyka przepukliny udowej	2
586.	Pierwotna plastyka przepukliny pępkowej	1
587.	Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	2
588.	Pierwotna plastyka przepukliny w kresie białej	2
589.	Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	1
590.	Plastyka przepukliny kulszowej	1
591.	Plastyka przepukliny kulszowo odbytniczej	1
592.	Plastyka przepukliny lędźwiowej	1
593.	Plastyka przepukliny zasłonowej	1
594.	Przełożenie ścięgna	1
595.	Wycięcie ścięgna	2
596.	Operacja naprawcza ścięgna	1
597.	Wycięcie grupy węzłów chłonnych (wycięcie regionalnych węzłów chłonnych)	2
598.	Operacja przewodu limfatycznego	3
599.	Operacja dotycząca plastyki pępka	1
600.	Usunięcie zmiany otrzewnej	1
601.	Operacja dotycząca sieci	1
602.	Operacja dotycząca krezki jelita cienkiego	1
603.	Operacja dotycząca krezki okrężnicy	1
604.	Przeszczep powięzi	1
605.	Wycięcie powięzi brzucha	1
606.	Usunięcie zmiany powięzi	1
607.	Wycięcie torbieni galaretowatej pochewki ścięgna	1
608.	Powtórne wycięcie torbieni galaretowatej pochewki ścięgna	1
609.	Operacja kaletki maziowej	1
610.	Uwolnienie ścięgna	1
611.	Operacja cieśni nadgarstka	1
612.	Zmiana długości ścięgna	1
613.	Wycięcie mięśnia	1
614.	Wycięcie pochewki ścięgna	1
615.	Operacja naprawcza mięśnia	1
616.	Uwolnienie mięśnia	1
617.	Drenaż węzła chłonnego	1
618.	Operacja dotycząca kieszonki skrzelowej	1
619.	Przeszczep mięśnia	2
620.	Dekortykacja płuca	2
621.	Operacja naprawcza otrzewnej	1
622.	Operacja naprawcza przepukliny zaotrzewnowej	1
P Operacje kości i stawów		
623.	Operacja naprawcza czaszki	2
624.	Uzupełnienie ubytku kości czaszki	3
625.	Odgłobienie kości czaszki po urazie	3
626.	Usunięcie zmiany kości czaszki	1
627.	Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	3

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
628.	Rekonstrukcja więcej, niż jednej kości twarzoczaszki	3
629.	Wycięcie kości twarzoczaszki innej, niż żuchwa	2
630.	Całkowite wycięcie żuchwy	4
631.	Częściowe wycięcie żuchwy	3
632.	Rekonstrukcja stawu skroniowo-żuchwowego	3
633.	Nastawienie otwarte złamania kości nosa	1
634.	Nastawienie otwarte złamania kości oczodołu	2
635.	Nastawienie otwarte złamania szczęki	2
636.	Nastawienie otwarte złamania żuchwy	2
637.	Nastawienie otwarte zwichnięcia stawu skroniowo-żuchwowego	3
638.	Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	5
639.	Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	5
640.	Operacja odbarczająca kręgosłupa lędźwiowego	5
641.	Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	5
642.	Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	5
643.	Korekcja po operacji odbarczenia kręgosłupa szyjnego	5
644.	Discektomia - wycięcie krążka międzykręgowego kręgosłupa	3
645.	Usztywnienie (artrodeza) stawów kręgosłupa	3
646.	Usunięcie przepukliny jądra miazdżystego jednego stawu kręgosłupa	1
647.	Usunięcie przepukliny jądra miazdżystego więcej, niż jednego stawu kręgosłupa	2
648.	Usunięcie zmiany kręgosłupa	2
649.	Unieruchomienie złamania kręgosłupa	2
650.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu biodrowego	3
651.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu kolanowego	3
652.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawów skokowych	3
653.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu barkowego	3
654.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy stawu łokciowego	3
655.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy nadgarstka	3
656.	Wszczepienie całkowitej endoprotezy innego stawu, niż wymienione	3
657.	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu biodrowego	3
658.	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu kolanowego	2
659.	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawów skokowych	2
660.	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu barkowego	3
661.	Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu łokciowego	3
662.	Wszczepienie częściowej endoprotezy nadgarstka	2
663.	Wszczepienie częściowej endoprotezy innego stawu, niż wymienione	2

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
664.	Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	2
665.	Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	2
666.	Usztywnienie (artrodeza) stawu skokowego	1
667.	Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	1
668.	Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	2
669.	Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	2
670.	Usztywnienie (artrodeza) stawów nadgarstka	1
671.	Usztywnienie (artrodeza) stawów kciuka	1
672.	Usztywnienie (artrodeza) innego stawu	1
673.	Usunięcie zmiany kości	1
674.	Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	1
675.	Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	1
676.	Protezowanie ścięgna	2
677.	Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	2
678.	Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	1
679.	Pierwotne otwarte nastawienie urazowego zwichnięcia stawu	1
680.	Wzmocnienie ścięgna protezą	2
681.	Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	1
682.	Wycięcie łąkotki kolana	1
683.	Operacja stabilizująca rzepkę stawu kolanowego	2
684.	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	2
685.	Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	2
686.	Operacja stabilizująca staw barkowy	2
687.	Wycięcie kości ektopowej	1
688.	Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	1
689.	Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	1
690.	Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	1
691.	Uwolnienie przykurczu stawu	1
692.	Korekcja stopy końsko-szpotawej	2
693.	Wycięcie martwiaka kości	1
694.	Całkowita rekonstrukcja kciuka	3
695.	Całkowita rekonstrukcja przodostopia	3
696.	Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	3
697.	Uwolnienie torebki stawowej	1
698.	Uwolnienie stawu	1
699.	Uwolnienie więzadła	2
700.	Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją	2
701.	Zabieg naprawczy zęgo zrostu lub braku zrostu złamania kości	2
702.	Artroplastyka nadgarstka lub śródreżca	2
703.	Artroplastyka śródreżczo-paliczkowa i międzypaliczkowa	2
704.	Operacja palucha koślawego/operacja struktur okołostawowych palucha	1
705.	Osteotomia	2
706.	Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	1

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
707.	Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	2
708.	Otwarte nastawienie kości twarzy	2
709.	Przeszczep kostny kości twarzy	4
710.	Osteotomia bez rozdzielenia (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
711.	Osteotomia klinowa (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
712.	Resekcja kości (z wyłączeniem stóp i rąk) Otwarte nastawienie urazowego	2
713.	zwichnięcia stawu (nie obejmuje zwichnięcia protezy stawu biodrowego)	2
R OPERACJE PREWENCYJNE		
714.	Prewencyjne usunięcie jajników i jajowodów ze wskazań medycznych	3
715.	Prewencyjne całkowite usunięcie jelita grubego z wytworzeniem zbiornika jelitowego	4
716.	Prewencyjne całkowite usunięcie tarczycy z usunięciem węzłów chłonnych śródpiersia	4
717.	Prewencyjna całkowita resekcja żołądka z odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego	5
718.	Prewencyjne całkowite wycięcie macicy z przydatkami	4
719.	Prewencyjne całkowite wycięcie macicy	3
720.	Prewencyjne obustronne radykalne odjęcie piersi (obustronna mastektomia)	5
S RÓŻNE		
721.	Przeszczep twarzy	5
722.	Replantacja kończyny górnej na poziomie ramienia	4
723.	Replantacja kończyny górnej na poziomie przedramienia	3
724.	Replantacja kończyny górnej na poziomie nadgarstka	3
725.	Replantacja kciuka	2
726.	Replantacja palca ręki innego, niż kciuk	2
727.	Replantacja kończyny dolnej na poziomie uda	4
728.	Replantacja kończyny dolnej na poziomie podudzia	3
729.	Replantacja kończyny dolnej na poziomie stawów skokowych	3
730.	Replantacja palucha stopy	2
731.	Replantacja palca innego, niż paluch	2
732.	Wyłuszczenie kończyny górnej w stawie barkowym	4
733.	Amputacja kończyny górnej na poziomie ramienia	4
734.	Amputacja kończyny górnej w stawie łokciowym	4
735.	Amputacja kończyny górnej na poziomie przedramienia	4
736.	Amputacja kończyny górnej w stawach nadgarstka	3
737.	Amputacja kciuka w obrębie paliczka bliższego	2
738.	Wyłuszczenie kończyny dolnej w stawie biodrowym	4
739.	Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	4

	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
740.	Amputacja kończyny dolnej w stawie kolanowym	4
741.	Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia	4

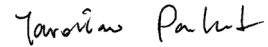
	Nazwa Operacji	Poziom Operacji
742.	Amputacja kończyny dolnej na poziomie stawów skokowych	3
743.	Amputacja palucha w obrębie paliczka bliższego	2

**skala operacji od 1 (operacje najłżejsze) do 5 (operacje najcięższe).*

Katalog operacji zatwierdziliśmy uchwałą nr 140/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadziliśmy w życie z dniem 14 września 2025 r.



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



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

Załącznik do OWUD

TABELA NORM OCENY PROCENTOWEJ TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU

A. USZKODZENIA GŁOWY

1. Uszkodzenie powłok czaszki (bez uszkodzeń kostnych):
 - a) uszkodzenie powłok czaszki - w zależności od rozmiaru, ruchomości i tkliwości blizn 1-10
 - b) oskalpowanie poniżej 25% powierzchni skóry owłosionej..... 1-10 u mężczyzn u kobiet
 - c) oskalpowanie od 25%-75% powierzchni skóry owłosionej..... 11-20
 - d) oskalpowanie powyżej 75% powierzchni skóry owłosionej..... 21-30

UWAGA!!

W przypadku przeszczepu skóry i odtworzenia owłosienia należy ocenić wg pkt. 1a).

2. Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (wgłębienia, szczeliny, fragmentacja) w zależności od rozległości uszkodzeń:
 - a) bez wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego 1-10
 - b) z nawracającym płynotokiem nosowym i/lub usznym 11-25
3. Ubytki w kościach czaszki w zależności od powierzchni ubytku:
 - a) poniżej 10 cm² 1-10
 - b) od 10 do 50 cm² 11-15
 - c) powyżej 50 cm² 16-25

UWAGA!!

Ubytki kostne uzupełniane operacją plastyczną z dobrym efektem skutkują obniżeniem uszczerbku o połowę. Jeżeli przy uszkodzeniach i ubytkach kości ocenianych wg pkt. 2, 3 są inne uszkodzenia powłok czaszki, należy je ocenić osobno wg pkt. 1.

4. Powikłania towarzyszące uszkodzeniom wymienionym w pkt. 1, 2, 3 w postaci: przewlekłego zapalenia kości, ropowicy podczepkowej leczzonej operacyjnie, przepukliny mózgowej - ocenia się osobno w zależności od rodzaju i stopnia powikłań: 1-25
5. Porażenia i niedowłady połowicze:
 - a) porażenia połowicze lub paraplegia (porażenia kończyn dolnych) uniemożliwiające samodzielne stanie i chodzenie 0-1 ° wg skali Lovette'a 100
 - b) głęboki niedowład połowiczny lub parapareza 2 ° wg skali Lovette'a 60-80
 - c) średniego stopnia niedowład połowiczny lub parapareza kończyn dolnych 3 ° wg skali Lovette'a 40-60
 - d) niewielki lub dyskretny niedowład połowiczny lub niedowład kończyn dolnych 4 ° lub 4/5 ° wg skali Lovette'a 5-35
 - e) porażenie kończyn górnych 0-1 ° wg skali Lovette'a z niedowładem kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a:
prawej..... 70-90
lewej..... 60-80
 - f) niedowład kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a z porażeniem kończyny dolnej 0-1 ° wg skali Lovette'a:
prawej..... 70-90
lewej..... 60-80
 - g) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 0-1 ° wg skali Lovette'a:
prawej..... 40-50
lewej..... 30-40

- h) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 2-2/3 ° wg skali Lovette'a:
prawej..... 30-40
lewej..... 20-30
- i) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny górnej 3-4 ° wg skali Lovette'a:
prawej..... 10-30
lewej..... 5-20
- j) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 0 ° wg skali Lovette'a 50
- k) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 1-2 ° wg skali Lovette'a 30-50
- l) monopareza pochodzenia ośrodkowego kończyny dolnej 3-4 ° wg skali Lovette'a 10-30

UWAGA!!

W przypadku współistnienia afazji należy dodatkowo ocenić wg pkt. 11, przy czym całkowity uszczerbek nie może przekroczyć 100%. W przypadku współistnienia deficytu ruchowego z innymi objawami uszkodzenia mózgu należy oceniać wg pkt. 9. W przypadku różnicy w nasileniu niedowładu pomiędzy kończynami dolnymi, należy oceniać wg pkt. 5 osobno dla każdej kończyny.

SKALA LOVETTE'A

- 0° - brak czynnego skurczu mięśnia - brak siły mięśniowej
- 1°-2° - ślad czynnego skurczu mięśnia - 5-20% prawidłowej siły mięśniowej
- 3° - zdolność do wykonywania ruchu czynnego przy pomocy i odciążenia odcinka ruchowego - 25% prawidłowej siły mięśniowej
- 4° - zdolność do wykonywania ruchu czynnego z pewnym oporem - 75% prawidłowej siły mięśniowej
- 5° - prawidłowa siła, tzn. zdolność wykonywania czynnego ruchu z pełnym oporem - 100 % prawidłowej siły mięśniowej
6. Zespoły pozapiramidowe:
 - a) utrwalony zespół pozapiramidowy znacznie utrudniający sprawność ustroju i wymagający opieki innych osób 100
 - b) zespół pozapiramidowy utrudniający sprawność ustroju z zaburzeniami mowy, napadami ocznymi itp. 40-80
 - c) zaznaczony zespół pozapiramidowy 10-30
 7. Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego:
 - a) uniemożliwiające chodzenie i samodzielne funkcjonowanie 100
 - b) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w dużym stopniu 50-80
 - c) utrudniające chodzenie i sprawność ruchową w miernym stopniu..... 10-40
 - d) dyskretnie utrudniające chodzenie i sprawność ruchową..... 1-10
 8. Padaczka:
 - a) z licznymi napadami, z zaburzeniami psychicznymi, charakteropatią, otępieniem z koniecznością opieki innych osób 100
 - b) padaczka z rzadkimi napadami, ale ze zmianami otępiennymi, utrudniająca w znacznym stopniu wykonywanie pracy..... 30-70
 - c) padaczka bez zmian psychicznych z częstymi napadami (3 napady tygodniowo i więcej) 40-60
 - d) padaczka bez zmian psychicznych z rzadkimi napadami (2 i mniej na miesiąc) 10-40

- e) padaczka z napadami o różnej morfologii bez utraty przytomności 1-10

UWAGA!!

Podstawą rozpoznania padaczki są: obserwacja napadu przez lekarza, typowe zmiany EEG, dokumentacja z leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego.

9. Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):
- ciężkie zaburzenia neurologiczne i psychiczne powodujące konieczność opieki innych osób (zmiany otępienne, psychozy, zaburzenia zachowania)..... 80-100
 - encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub dużym deficytem neurologicznym..... 50-70
 - encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o średnim nasileniu 30-50
 - encefalopatia ze zmianami charakterologicznymi i/lub deficytem neurologicznym o niewielkim nasileniu 10-30

UWAGA!!

Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, psychiatrycznym oraz badania dodatkowe (EEG, TK lub NMR).

10. Nerwice i inne utrwalone skargi subiektywne powstałe w następstwie urazów czaszkowo-mózgowych lub po innym ciężkim urazie:
- skargi subiektywne związane z urazem głowy lub innym ciężkim urazem w zależności od stopnia zaburzeń (nawracające bóle i zawroty głowy, męczliwość, nadpobudliwość, osłabienie pamięci, trudność koncentracji, zaburzenia snu itp.) 1-5
 - utrwalone nerwice po urazie czaszkowo-mózgowym lub ciężkim urazie ciała - w zależności od stopnia zaburzeń 2-20
11. Zaburzenia mowy:
- afazja całkowita (sensoryczna lub sensoryczno-motoryczna) z agrafią i aleksją 100
 - afazja całkowita motoryczna 60
 - afazja średniego i znacznego stopnia utrudniająca porozumiewanie się 20-40
 - afazja nieznacznego stopnia 10-20
12. Zespoły podwzgórzowe pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy i inne zaburzenia wewnątrzwydzielnicze pochodzenia ośrodkowego):
- znacznie upośledzające sprawność ustroju 40-60
 - nieznacznie upośledzające sprawność ustroju 20-30
13. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów ruchowych gałki ocznej:
- nerwu okoruchowego:
 - w zakresie mięśni wewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia 5-15
 - w zakresie mięśni zewnętrznych oka - w zależności od stopnia uszkodzenia 10-30
 - nerwu boczowego..... 3
 - nerwu odwodzącego - w zależności od stopnia uszkodzenia 1-15
14. Uszkodzenia częściowe lub całkowite nerwu trójdzielnego - w zależności od stopnia uszkodzenia:
- czuciowe (w tym neuralgia pourazowa) 1-10
 - ruchowe..... 1-10

- c) czuciowo-ruchowe..... 5-20
15. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu twarzewego - w zależności od stopnia uszkodzenia:
- obwodowe całkowite z niedomykaniem powieki 20
 - obwodowe częściowe w zależności od stopnia nasilenia 5-15
 - izolowane uszkodzenie centralne 5-10

UWAGA!!

Uszkodzenia nerwu twarzewego łącznie z pęknięciem kości skalistej należy oceniać wg pkt. 48. Uszkodzenia centralne nerwu twarzewego współistniejące z innymi objawami uszkodzenia mózgu należy oceniać wg pkt. 5 i 9.

16. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwów językowo-gardłowego i błędnego - w zależności od stopnia zaburzeń mowy, połykania, oddechu, krążenia i przewodzenia pokarmowego:
- niewielkiego stopnia 5-10
 - średniego stopnia 10-25
 - dużego stopnia 25-50
17. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu dodatkowego - w zależności od stopnia uszkodzenia 3-15
18. Uszkodzenie częściowe lub całkowite nerwu podjęzykowego - w zależności od stopnia uszkodzenia..... 5-20

B. USZKODZENIA TWARZY

19. Uszkodzenia powłok twarzy (blizny, ubytki, przebarwienia):
- oszczędzenie bez zaburzeń funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy 1-10
 - oszczędzenie z miernymi zaburzeniami funkcji - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji 10-30
 - oszczędzenie połączone z dużymi zaburzeniami funkcji (przyjmowanie pokarmów, zaburzenia oddychania, mowy, ślinotok, zaburzenia funkcji powiek itp.) - w zależności od rozmiarów blizn i ubytków w powłokach twarzy oraz od stopnia zaburzenia funkcji 30-60
20. Uszkodzenia nosa:
- uszkodzenie nosa - bez zaburzeń oddychania i powonienia - blizny i/lub niewielkie zniekształcenia nosa 1-5
 - uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń oddychania 5-20
 - uszkodzenie nosa z zaburzeniami oddychania i powonienia - w zależności od rozległości uszkodzenia i stopnia zaburzeń w oddychaniu i powonieniu 10-25
 - utrata powonienia w następstwie uszkodzenia przedniego dołu czaszkowego 5
 - utrata znacznej części nosa lub utrata całkowita (łącznie z kością nosa) 20-30

UWAGA!!

Jeśli uszkodzenie nosa wchodzi w zakres uszkodzeń objętych pkt. 19, należy oceniać wg tego punktu (tj. wg pkt. 19).

21. Utrata zębów:
- siekacze i kły - utrata częściowa 2
 - siekacze i kły - utrata całkowita 3

- c) pozostałe zęby - utrata częściowa 1
d) pozostałe zęby - utrata całkowita 2
22. Uszkodzenia (złamania, zwichnięcia) kości oczodołu, szczęki, kości jarzmowej, żuchwy, stawu skroniowo-żuchwowego - w zależności od przemieszczenia, zniekształceń, asymetrii zgryzu, upośledzenia żucia, rozwierania szczęk, zaburzeń czucia:
a) nieznaczного stopnia 1-5
b) średniego stopnia 5-10
c) znacznego stopnia 10-25
23. Utrata szczęki lub żuchwy łącznie z oszpeceniem i utratą zębów - w zależności od wielkości ubytków, oszpecenia i powikłań:
a) szczeka:
- utrata częściowa 15-35
- utrata całkowita 40-50
b) żuchwa:
- utrata częściowa 15-35
- utrata całkowita 50
24. Ubytek podniebienia:
a) z zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 5-25
b) z dużymi zaburzeniami mowy i połykania - w zależności od stopnia zaburzeń 25-40
25. Uszkodzenia języka, przedsonka jamy ustnej, warg - w zależności od stopnia ubytku, wielkości blizn, zaburzeń mowy, połykania:
a) niewielkie zmiany, częściowe ubytki - bez zaburzeń mowy i połykania 1-5
b) średnie zmiany i ubytki - z zaburzeniami mowy i połykania 5-15
c) duże zmiany i ubytki - z dużymi zaburzeniami mowy i połykania 15-40
d) całkowita utrata języka 50

C. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

26. Obniżenie ostrości wzroku, utrata jednego lub obojga oczu:
a) uszczerbek ustala się wg Tabeli:
Tabela ostrości wzroku
- | Ostrość wzroku oka prawego | 1,0 /10/10/ | 0,9 /9/10/ | 0,8 /8/10/ | 0,7 /7/10/ | 0,6 /6/10/ | 0,5 /5/10/ | 0,4 /4/10/ | 0,3 /3/10/ | 0,2 /2/10/ | 0,1 /1/10/ | 0 |
|----------------------------|-----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----|
| Ostrość wzroku oka lewego | Procent trwałego uszczerbku | | | | | | | | | | |
| 1,0 /10/10/ | 0 | 2,5 | 5 | 7,5 | 10 | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 |
| 0,9 /9/10/ | 2,5 | 5 | 7,5 | 10 | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 |
| 0,8 /8/10/ | 5 | 7,5 | 10 | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 |
| 0,7 /7/10/ | 7,5 | 10 | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 |
| 0,6 /6/10/ | 10 | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 |
| 0,5 /5/10/ | 12,5 | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 |
| 0,4 /4/10/ | 15 | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 |
| 0,3 /3/10/ | 20 | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 |
| 0,2 /2/10/ | 25 | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 80 |
| 0,1 /1/10/ | 30 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 80 | 90 |
| 0 | 35 | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 80 | 90 | 100 |
- b) podwójne widzenie bez zaburzeń ostrości wzroku 1-10
c) utrata wzroku jednego oka z równoczesnym wyluszczeniem gałki ocznej 38

UWAGA!!

Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego. Wysokość uszczerbku określona w pkt. 26c obejmuje również oszpecenie związane z wyluszczeniem gałki ocznej.

27. Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł korekcyjnych:

- a) jednego oka 15
b) obojga oczu 30
28. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów tępych z zaburzeniami ostrości wzroku:
a) rozdarcie naczyńki jednego oka wg Tabeli do pkt. 26a
b) zapalenie naczyńki i siatkówki jednego oka, powodujące zaburzenia widzenia środkowego lub obwodowego wg Tabeli do pkt. 26a
c) urazowe uszkodzenie plamki żółtej jednego oka wg Tabeli do pkt. 26a
d) zanik nerwu wzrokowego wg Tabeli do pkt. 26a
e) z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej, blizny rogówki - bez zaburzeń ostrości wzroku 1-5
29. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów drążących:
a) blizny rogówki lub twardówki (garbiak twardówki) wg Tabeli do pkt. 26a
b) zaćma pourazowa wg Tabeli do pkt. 26a
c) ciała obce wewnątrzgałkowe z obniżeniem ostrości wzroku wg Tabeli do pkt. 26a + 10%
d) ciała obce wewnątrzgałkowe bez zaburzeń ostrości wzroku 10
30. Uszkodzenie gałki ocznej wskutek urazów chemicznych, termicznych, promieniowania elektromagnetycznego lub działania energii elektrycznej:
a) w zależności od zaburzeń ostrości wzroku wg Tabeli do pkt. 26a
b) bez zaburzeń ostrości wzroku 1-5
31. Koncentryczne zwężenie pola widzenia ocenia się wg Tabeli:
Tabela pola widzenia

Zwężenie do (w °)	Przy nienaruszonym oku drugim	W obu oczach	Przy ślepcie drugiego oka
60	0%	0%	35%
50	5%	15%	45%
40	10%	25%	55%
30	15%	50%	70%
20	20%	80%	85%
10	25%	90%	95%
poniżej 10	35%	95%	100%

32. Niedowidzenie połowiczne:
a) dwuskroniowe 60
b) dwunosowe 30
c) jednoimienne 30
d) inne ubytki pola widzenia (jednooczne) 1-5
33. Bezsoczewkowatość po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej:
a) w jednym oku 25
b) w obu oczach 40
34. Usunięcie zaćmy pourazowej z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:
a) w jednym oku 15
b) w obu oczach 30

UWAGA!!

W przypadku, gdy współistnieją nie dające się skorygować zaburzenia ostrości wzroku, ocenia się dodatkowo wg Tabeli 26a z ograniczeniem do 35% dla jednego oka i 100% dla obojga oczu.

35. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie) - w zależności od stopnia i natężenia:
a) w jednym oku 5-10

- b) w obu oczach 10-15
36. Odwarstwienie siatkówki jednego oka - oceniać wg Tabeli ostrości wzroku (pkt. 26a) i Tabeli pola widzenia (pkt. 31)
- nie mniej niż 15%: wg Tabeli 26a i 31
- nie mniej niż 15%
37. Jaskra - oceniać wg Tabeli ostrości wzroku (pkt. 26a) i Tabeli pola widzenia (pkt. 31), z tym zastrzeżeniem, że ogólny procent uszczerbku na zdrowiu nie może być wyższy niż 35% za jedno oko i 100% za oboje oczu: wg Tabeli 26a i 31
- nie wyższy niż 35% za jedno oko i nie wyższy niż 100% za oboje oczu
38. Wyrzeszcz tętniący
- w zależności od stopnia: 50-100
39. Zaćma urazowa - oceniać wg Tabeli ostrości wzroku (pkt. 26a): wg Tabeli 26a
40. Przewlekłe zapalenie spojówek, uszkodzenie powiek (oparzenia, urazy itp.):
a) niewielkie zmiany 1-5
b) duże zmiany, blizny i zrosty powiek powodujące niedomykalność 5-10

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW DOTYCZĄCYCH NARZĄDU WZROKU

Łączny uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia jednego oka nie może przekroczyć 35% lub w obu oczach 100%. Jeśli uraz powiek wchodzi w skład uszkodzeń twarzy należy oceniać odpowiednio wg pkt. 19 lub 22. Uwaga ta dotyczy wszystkich punktów dotyczących narządu wzroku - nie jest związana jedynie z pkt. 40.

D. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

41. a) Upośledzenie ostrości słuchu - trwały uszczerbek na zdrowiu ocenia się wg poniższej Tabeli 41a:

Obliczanie procentowego uszczerbku na zdrowiu z tytułu utraty słuchu wg Rosera (w modyfikacji)				
Ucho prawe	0-25 dB	26-40 dB	41-70 dB	powyżej 70 dB
Ucho lewe				
0-25 dB	0%	5%	10%	20%
26-40 dB	5%	15%	20%	30%
41-70 dB	10%	20%	30%	40%
powyżej 70 dB	20%	30%	40%	50%

UWAGA!!

Oblicza się średnią dla ucha prawego i lewego oddzielnie dla 500, 1000 i 2000 Hz.

- b) w wyjątkowych przypadkach, przy braku możliwości wykonania badania audiometrycznego można się posługiwać Tabelą 41b:

Ucho prawe Ucho lewe	słuch normalny	osłabienie słuchu - szept słyszalny do 4 m	przytępienie słuchu - szept słyszalny do 1 m	głuchota zupełna
słuch normalny	0%	5%	10%	20%

osłabienie słuchu - szept słyszalny do 4 m	5%	15%	20%	30%
przytępienie słuchu - szept słyszalny do 1 m	10%	20%	30%	40%
głuchota zupełna	20%	30%	40%	50%

- c) pourazowe szумы uszne - w zależności od stopnia nasilenia 1-5

UWAGA!!

Jeśli szum uszny towarzyszy deficytowi słuchu, należy oceniać wyłącznie wg Tabeli 41a (Tabeli 41b), natomiast jeżeli towarzyszy zaburzeniom równowagi, należy oceniać wg pkt. 47.

42. Uszkodzenia małżowiny usznej:
a) utrata części małżowiny 1-5
b) zniekształcenie małżowiny (blizny, oparzenia, odmrożenia) - w zależności od stopnia uszkodzeń 5-10
c) całkowita utrata jednej małżowiny 15
d) całkowita utrata obu małżowin 25-30
43. Zwężenie lub zarośnięcie przewodu słuchowego jednostronne lub obustronne z upośledzeniem słuchu - oceniać wg Tabeli ostrości słuchu - Tabela 41a (41b) wg Tabeli 41a (41b)
44. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego:
a) jednostronne 5-10
b) obustronne 10-15
45. Przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego powikłane perlakiem, próchnicą kości lub polipem ucha - w zależności od stopnia powikłań:
a) jednostronne 5-15
b) obustronne 10-20
46. Uszkodzenie ucha środkowego, błony bębenkowej, kosteczek słuchowych:
a) bez upośledzenia słuchu - w zależności od blizn, zniekształceń 1-5
b) z upośledzeniem słuchu wg Tabeli 41a (41b)
47. Uszkodzenie ucha wewnętrznego:
a) z uszkodzeniem części słuchowej wg Tabeli 41a (41b)
b) z uszkodzeniem części statycznej w stopniu niewielkim (zawroty głowy, nudności, niewielkie zaburzenia równowagi) - w zależności od stopnia uszkodzenia 1-20
c) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej w znacznym stopniu (zawroty głowy, zaburzenia równowagi utrudniające poruszanie się, nudności, wymioty) - w zależności od stopnia uszkodzenia 20-50
d) z uszkodzeniem części słuchowej i statycznej - w zależności od stopnia uszkodzenia 30-60
48. Uszkodzenie nerwu twarzowego łącznie z pęknięciem kości skalistej:
a) jednostronne 10-30
b) dwustronne 30-60

E. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZEŁYKU

49. Uszkodzenia gardła z upośledzeniem funkcji 5-20
50. Uszkodzenie lub zwężenie krtani, uszkodzenie nerwów krtaniowych - bez konieczności noszenia rurki tchawiczej - w zależności od stopnia uszkodzenia:
- a) niewielka okresowa duszność, chrypka 5-10
 - b) świst krtaniczny, duszność przy umiarkowanych wysiłkach, zachłystywanie się 10-30
51. Uszkodzenia krtani wymagające stałego noszenia rurki tchawiczej:
- a) z zaburzeniami głosu - w zależności od stopnia 35-50
 - b) z bezgłosem 60
52. Uszkodzenie tchawicy - w zależności od stopnia jej zwężenia:
- a) bez niewydolności oddechowej 1-10
 - b) duszność wysiłkowa 10-20
 - c) duszność w trakcie chodzenia po płaskim terenie wymagająca okresowego zatrzymywania się 20-40
 - d) duże zwężenie (potwierdzone badaniem bronchoskopowym) z dusznością spoczynkową 40-60
53. Uszkodzenia przełyku:
- a) zwężenie bez zaburzeń w odżywianiu 1-10
 - b) częściowe trudności w odżywianiu - w zależności od stopnia upośledzenia odżywiania 10-30
 - c) możliwość odżywiania wyłącznie pokarmami płynnymi 50
 - d) całkowita niedrożność przełyku ze stałą przetoką żołądkową 80
54. Uszkodzenia tkanek miękkich (skóry i mięśni), naczyń, nerwów - w zależności od blizn, ruchomości szyi, ustawienia głowy:
- a) niewielkiego stopnia 1-5
 - b) średniego stopnia 5-15
 - c) znacznego stopnia - rozległe blizny, znacznie ograniczona ruchomość szyi, przykurcze mięśniowe 15-30

UWAGA!!

Uszkodzenia tkanek miękkich z jednoczesnym uszkodzeniem kręgosłupa szyjnego należy oceniać wg pkt. 89.

F. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

55. Urazy części miękkich klatki piersiowej, grzbietu - w zależności od rozległości blizn, ubytków mięśni i stopnia upośledzenia oddychania:
- a) zniekształcenia, ubytki i blizny bez ograniczenia ruchomości oddechowej klatki piersiowej 1-5
 - b) zniekształcenia, ubytki i blizny z niewielkim ograniczeniem wydolności oddechowej 5-10
 - c) zniekształcenia, ubytki i blizny ze średnim ograniczeniem wydolności oddechowej 10-20
 - d) zniekształcenia, rozległe blizny, duże ubytki mięśniowe ze znacznym ograniczeniem wydolności oddechowej 20-40
56. Utrata brodawki sutkowej:
- a) u mężczyzn - oceniać wg pkt. 55a 1-5
 - b) u kobiet - w zależności od rozległości blizny, wieku oraz utraty funkcji 5-15
57. Uszkodzenie lub utrata sutka w zależności od wielkości ubytków i blizn, płci i wieku:

- a) częściowe uszkodzenie lub częściowa utrata sutka 5-15
- b) całkowita utrata sutka 15-25
- c) utrata całkowita sutka z częścią mięśnia piersiowego 25-35

UWAGA!! DO PUNKTÓW 56-57

Wysokość uszczerbku na zdrowiu należy oceniać również wg przewidywanej utraty funkcji.

58. Złamania żeber:

- a) bez zniekształceń, bez upośledzenia wydolności oddechowej 1-5
- b) z obecnością zniekształceń, bez zmniejszenia wydolności oddechowej 5-10
- c) z obecnością zniekształceń i umiarkowanym zmniejszeniem wydolności oddechowej 10-20
- d) ze znacznym ograniczeniem ruchomości klatki piersiowej i ze znacznym zmniejszeniem wydolności oddechowej 25-30

59. Złamanie mostka:

- a) bez zniekształceń 1-3
- b) ze zniekształceniami 3-10

60. Uszkodzenia kości (żeber, mostka) powikłane przewlekłym zapaleniem kości i szpiku, przetokami, obecnością ciała obcych ocenia się wg pkt. 58-59, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań i upośledzenia funkcji o: 1-15

61. Uszkodzenie płuc i opłucnej (zrosty opłucnowe, uszkodzenia tkanki płucnej, ubytki tkanki płucnej, ciała obce itp.):

- a) uszkodzenia płuc i opłucnej bez niewydolności oddechowej 1-5
- b) z objawami niewydolności oddechowej niewielkiego stopnia 5-10
- c) z objawami niewydolności oddechowej średniego stopnia 10-25
- d) z niewydolnością oddechową znacznego stopnia 25-40

62. Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc - w zależności od stopnia niewydolności oddechowej 40-80

UWAGA!! DO PUNKTÓW 61 i 62

Przy orzekaniu wg pkt. 61 i 62 należy potwierdzać uszczerbek badaniem spirometrycznym i badaniem rentgenowskim - RTG.

Stopnie upośledzenia niewydolności oddechowej:

- niewielkiego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej - VC 70-80%, FEV₁ 70-80%, FEV₁ % VC 70-80% - w odniesieniu do wartości należnych
- średniego stopnia zmniejszenie wydolności oddechowej - VC 50-70%, FEV₁ 50-70%, FEV₁ % VC 50-70% - w odniesieniu do wartości należnych
- znaczne zmniejszenie wydolności oddechowej - VC poniżej 50%, FEV₁ poniżej 50%, FEV₁ % VC poniżej 50% - w odniesieniu do wartości należnych.

63. Uszkodzenie serca lub osierdzia:

- a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości 5-10
- b) I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości 10-20

- c) II klasa NYHA, EF 45-55%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości 20-40
- d) III klasa NYHA, EF 35-45%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości 40-60
- e) IV klasa NYHA, EF poniżej 35%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości 60-90

UWAGA!!

Przy orzekaniu uszczerbku należy uwzględnić dokumentację z leczenia szpitalnego i ambulatoryjnego, badania RTG, EKG i ECHO.

KLASYFIKACJA NOWOJORSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO (NYHA)

KLASA I

Bez ograniczenia aktywności fizycznej: podstawowa aktywność fizyczna nie powoduje zmęczenia, duszności ani kołatania serca.

KLASA II

Niewielkie ograniczenia aktywności fizycznej: dobre samopoczucie w spoczynku, podstawowa aktywność fizyczna powoduje zmęczenie, kołatanie serca lub duszność.

KLASA III

Znaczne ograniczenia aktywności fizycznej: dobre samopoczucie w spoczynku, jednak mniejsza niż podstawowa aktywność fizyczna, powoduje występowanie objawów klinicznych.

KLASA IV

Niemożliwość wykonywania jakiegokolwiek wysiłku bez dyskomfortu: objawy niewydolności serca występują nawet w spoczynku i nasilają się przy każdym wysiłku.

64. Uszkodzenia przepony - rozerwanie przepony, przepukliny przeponowe - w zależności od stopnia zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, oddychania i krążenia:
- a) bez zaburzeń funkcji np. po leczeniu operacyjnym 1-5
 - b) zaburzenia niewielkiego stopnia 5-10
 - c) zaburzenia średniego stopnia 10-20
 - d) zaburzenia dużego stopnia 20-40

G. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

65. Uszkodzenia powłok jamy brzusznej (przepukliny urazowe, wysiłkowe, przetoki, blizny itp.) - w zależności od umiejscowienia i rozmiarów uszkodzenia jamy brzusznej:
- a) blizny, niewielkie ubytki tkanek 1-5
 - b) rozległe, przerośnięte, ściągające blizny, ubytki mięśniowe, przetrwałe przepukliny 5-15
 - c) przetoki 15-30

UWAGA!! Za przepukliny urazowe uważa się przepukliny spowodowane pourazowym uszkodzeniem powłok brzusznych (np. po rozerwaniu powłok brzusznych). Za przepukliny tzw. wysiłkowe uważa się przepukliny spowodowane nagłym wysiłkiem fizycznym (np. po dźwignięciu ciężaru).

66. Uszkodzenia żołądka, jelit i sieci:
- a) bez zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego 1-5
 - b) z niewielkimi zaburzeniami funkcji i dostatecznym stanem odżywiania 5-15
 - c) z zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania 5-40

- d) ze znacznymi zaburzeniami trawienia i niedostatecznym stanem odżywiania - odżywianie jedynie poza jelitowe 40-50
67. Przetoki jelitowe, kałowe i sztuczny odbytu - w zależności od stopnia zanieczyszczania się zmian zapalnych tkanek otaczających przetokę:
- a) jelita cienkiego 30-80
 - b) jelita grubego 20-70
68. Przetoki okołoodbytnicze 15
69. Uszkodzenia odbytu, zwieracza odbytu:
- a) blizny, zwężenia, niewielkie dolegliwości 1-5
 - b) powodujące całkowite nietrzymanie kału i gazów 60
70. Uszkodzenia odbytnicy:
- a) pełnościenne uszkodzenie bez zaburzeń funkcji 1-5
 - b) wypadanie błony śluzowej 5-10
 - c) wypadanie odbytnicy w zależności od stopnia wypadania 10-30

UWAGA!! DO PUNKTÓW 66-70

Uszczerbek dotyczy wyłącznie zmian pourazowych, nie obejmuje zmian chorobowych np. z powodu nowotworu i innych.

71. Uszkodzenie śledziony:
- a) leczone zachowawczo (krwiak, pęknięcia) - potwierdzone badaniem obrazowym 1-5
 - b) leczone operacyjnie z zachowaniem narządu 5-10
 - c) utrata śledziony bez zmian w obrazie krwi 15
 - d) utrata śledziony ze zmianami w obrazie krwi i/lub ze zrostami otrzewnowymi 30
72. Uszkodzenia wątroby, przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego i trzustki - w zależności od zaburzeń funkcji i od powikłań:
- a) utrata pęcherzyka żółciowego bez zaburzeń funkcji 1-5
 - b) pozostałe uszkodzenia bez zaburzeń funkcji uszkodzonego narządu 10-20
 - c) z zaburzeniami funkcji narządu w zależności od stopnia 20-60

H. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOPŁCIOWYCH

73. Uszkodzenia nerek:
- a) uszkodzenie nerki bez zaburzeń funkcji (krwiak, pęknięcia) - potwierdzone badaniem obrazowym 1-5
 - b) uszkodzenie jednej nerki lub obu nerek powodujące upośledzenie ich funkcji - w zależności od stopnia uszkodzenia 10-25
74. Utrata jednej nerki przy drugiej zdrowej i prawidłowo funkcjonującej: 35
75. Utrata jednej nerki przy upośledzeniu funkcjonowania drugiej nerki - w zależności od stopnia funkcjonowania pozostałej nerki: 40-75
76. Uszkodzenia moczowodu powodujące zwężenie jego światła:
- a) nie powodujące zaburzeń funkcji 1-5
 - b) z zaburzeniem funkcji układu moczowego 5-20
77. Uszkodzenie pęcherza moczowego - w zależności od stopnia zmniejszenia jego pojemności, zaburzeń w oddawaniu moczu, przewlekłych stanów zapalnych:
- a) bez zaburzeń funkcji 1-5
 - b) niewielkiego i średniego stopnia zaburzenia funkcji 5-15
 - c) znacznego stopnia zaburzenia funkcji 15-30

78. Przetoki dróg moczowych i pęcherza moczowego - w zależności od stopnia stałego zanieczyszczenia się moczem:
- upośledzające jakość życia w stopniu umiarkowanym..... 10-25
 - upośledzające jakość życia w stopniu znacznym..... 25-50
79. Zwężenie cewki moczowej:
- powodujące trudności w oddawaniu moczu, bez nawracających zakażeń..... 5-15
 - z nawracającymi zakażeniami..... 15-30
 - z nietrzymaniem i/lub zaleganiem moczu i z powikłaniami 30-75
80. Utrata prącia: 40
81. Uszkodzenie lub częściowa utrata prącia - w zależności od stopnia uszkodzenia i zaburzeń funkcji: 5-30
82. Uszkodzenie lub utrata jednego jądra lub jednego jajnika oraz pozostałych struktur układu rozrodczego (nie ujętych w Tabeli) - w zależności od stopnia uszkodzenia i upośledzenia funkcji:..... 5-20
83. Utrata obu jąder lub obu jajników: 40
84. Pourazowy wodniak jądra:
- wyleczony operacyjnie 2
 - w zależności od nasilenia zmian 2-10
85. Utrata lub uszkodzenie macicy:
- uszkodzenie lub częściowa utrata..... 5-20
 - utrata w wieku do 50 lat 40
 - utrata w wieku powyżej 50 lat 20
86. Uszkodzenie krocza, sromu, pochwy, worka mosznowego:
- blizny, ubytki, deformacje 1-10
 - wypadanie pochwy..... 10
 - wypadanie pochwy i macicy..... 30

I. OSTRE ZATRUCIA I ICH NASTĘPSTWA

87. Nagłe zatrucia gazami i/lub substancjami chemicznymi:
- ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez wtórnych powikłań 1-5
 - powodujące trwałe upośledzenie funkcji układu krwiotwórczego i narządów wewnętrznych 10-25

UWAGA!!

Uszkodzenia układu nerwowego spowodowane nagłym zatruciem gazami należy oceniać wg odpowiednich pkt. Tabeli dotyczących układu nerwowego.

88. Następstwa innych zatruc oraz następstwa działania czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych (porażenia energią elektryczną, ukąszenia):
- ze stwierdzoną utratą przytomności, obserwacją szpitalną, lecz bez wtórnych powikłań 1-5
 - powodujące trwałe upośledzenie funkcji narządów lub układów w stopniu średnim..... 5-15
 - powodujące upośledzenie funkcji narządów w stopniu znacznym - oceniać wg pkt. Tabeli odpowiednich dla danego narządu..... wg pkt. Tabeli odpowiednich dla danego narządu

UWAGA!!

Uszkodzenia wzroku i słuchu oceniać wg odpowiednich Tabel - 26a, 31, 41a, 41b. Miejscowe następstwa czynników chemicznych, fizycznych i biologicznych oceniać wg pkt. Tabel odpowiednich dla danej okolicy ciała.

J. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

89. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku szyjnym:
- skręcenie, stłuczenie, niewielkie uszkodzenie aparatu więzadłowego z przemieszczeniem kręgów poniżej 3 mm lub niestabilność kątowna poniżej 12° - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości 1-5
 - ze złamaniem blaszki granicznej lub kompresją trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenie średniego stopnia, podwichnięcia (potwierdzone czynnościowym badaniem RTG), stan po usunięciu jądra miażdżystego, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości..... 5-15
 - złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości..... 15-40
 - całkowite zeszywnienie z niekorzystnym ustawieniem głowy 50

UWAGA!!

Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego oceniać należy wg pkt. 89b lub 89c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Ograniczenie ruchomości spowodowane zespołem bólowym korzeniowym oceniać należy wg pkt. 95.

90. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym (Th1-Th11):

- skręcenie, stłuczenie z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego, złamanie blaszki granicznej lub kompresja trzonu kręgu do 25% wysokości kręgu, inne złamania powodujące zniekształcenia średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miażdżystego - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości..... 1-5
- złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości..... 5-15
- całkowite zeszywnienie - w zależności od ustawienia kręgosłupa..... 15-40

UWAGA!!

Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miażdżystego oceniać należy wg pkt. 90b lub 90c w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Jeśli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości jest zespół bólowy korzeniowy, należy oceniać wg pkt. 95d.

91. Uszkodzenie kręgosłupa w odcinku piersiowym i lędźwiowym (Th12-L5):

- skręcenie, stłuczenie z niewielkim uszkodzeniem aparatu więzadłowego - w zależności od stopnia ruchomości..... 1-5
- złamanie blaszki granicznej lub kompresja kręgu do 50% wysokości kręgu powodujące zniekształcenie

- średniego stopnia, stan po usunięciu jądra miazdżystego - w zależności od stopnia zaburzenia ruchomości do 50% wysokości..... 5-12
- c) złamanie z kompresją trzonu powyżej 25%, inne złamania kręgu powodujące zniekształcenia dużego stopnia, zwichnięcia, usztywnienie operacyjne - w zależności od stopnia ograniczenia ruchomości 12-20
- d) zeszywnienie - w zależności od ustawienia kręgosłupa..... 30-40

UWAGA!!

Jeżeli złamaniu Th12 towarzyszy złamanie sąsiedniego kręgu w odcinku piersiowym, należy oceniać wg pkt. 91. Złamanie więcej niż jednego kręgu lub usunięcie więcej niż jednego jądra miazdżystego, należy oceniać wg pkt. 91b i 91c, w zależności od stopnia zniekształcenia i zaburzenia ruchomości. Jeżeli jedyną przyczyną ograniczenia ruchomości kręgosłupa jest zespół bólowy korzeniowy należy oceniać wyłącznie wg pkt. 95d i 95e.

92. Izolowane złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgu, złamanie kości guzicznej:
- a) złamanie jednego wyrostka poprzecznego lub ościstego kręgu, złamanie kości guzicznej 1-2
- b) mnogie złamanie wyrostków poprzecznych lub ościstych kręgów - w zależności od liczby, stopnia przemieszczenia i ograniczenia ruchomości kręgosłupa 2-10

UWAGA!!

Zespół bólowy guziczny w następstwie stłuczenia lub złamania kości guzicznej należy oceniać wg pkt. 95h.

93. Uszkodzenia kręgosłupa powikłane zapaleniem kręgów, obecnością ciała obcego (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) itp. - ocenia się wg pkt. 89-92 zwiększając uszczerbek o:... 5-10
94. Uszkodzenie rdzenia kręgowego:
- a) przy objawach poprzecznego przecięcia rdzenia z całkowitym porażeniem lub niedowładem dużego stopnia dwóch lub czterech kończyn..... 100
- b) niedowład kończyn dolnych bez uszkodzenia górnej części rdzenia (kończyn górnych), umożliwiający poruszanie się za pomocą dwóch łasek..... 70
- c) niedowład kończyn dolnych umożliwiający poruszanie się o jednej lasce..... 40
- d) porażenie całkowite obu kończyn górnych z zanikami mięśniowymi, zaburzeniami czucia i zmianami troficznymi bez porażenia kończyn dolnych (po wylewie śródrdzeniowym)..... 100
- e) niedowład znacznego stopnia obu kończyn górnych znacznie upośledzający czynność kończyn (po wylewie śródrdzeniowym)..... 70
- f) niedowład nieznacznego stopnia obu kończyn górnych (po wylewie śródrdzeniowym) 30
- g) zaburzenia ze strony zwieraczy i narządów płciowych bez niedowładów (zespół stożka końcowego) 40
- h) zaburzenia czucia, zespoły bólowe bez niedowładów - w zależności od stopnia zaburzeń 10-30
95. Urazowe zespoły korzeniowe (ból, ruchowe, czuciowe lub mieszane) - w zależności od stopnia:
- a) szyjne bólowe..... 2-5

- b) szyjne bez niedowładów, ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów 5-15
- c) szyjne z obecnością niedowładów - w zależności od stopnia niedowładów i zaników mięśniowych..... 10-30
- d) piersiowe 2-10
- e) lędźwiowo - krzyżowe bólowe 2-5
- f) lędźwiowo - krzyżowe bez niedowładów, ból, zaburzenia czucia, osłabienie lub brak odruchów .. 5-15
- g) lędźwiowo - krzyżowe z obecnością niedowładów - w zależności od stopnia niedowładów i zaników mięśniowych..... 10-30
- h) guziczne 2-5

UWAGA !!

Przy ostatecznym ustalaniu uszczerbku wg pkt. 95 należy uwzględnić uszczerbek ustalony przez ortopedę (w zależności od stwierdzanych następstw należy obniżyć uszczerbek).

K. USZKODZENIA MIEDNICY

96. Rozejście spojenia łonowego i/lub zwichnięcie stawu krzyżowo-biodrowego - w zależności od stopnia przemieszczenia i zaburzeń chodu:
- a) rozejście spojenia łonowego bez dolegliwości ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, bez zaburzeń chodu..... 1-5
- b) rozejście spojenia łonowego z dolegliwościami ze strony stawów krzyżowo-biodrowych, z zaburzeniami chodu 5-15
- c) rozejście, zwichnięcie spojenia łonowego ze zwichnięciem stawu krzyżowo-biodrowego leczone operacyjnie - w zależności od zaburzeń chodu..... 15-35

UWAGA!!

Przy towarzyszącym złamaniu kości miednicy należy oceniać wg pkt. 97 lub 99.

97. Złamanie miednicy z przerwaniem obręczy biodrowej jedno lub wielomiejscowe - w zależności od zniekształcenia i zaburzeń chodu:
- a) w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa, kość kulszowa)..... 1-5
- b) w odcinku przednim obustronnie 5-15
- c) w odcinku przednim i tylnym (typ Malgaigne'a)..... 15-30
- d) w odcinku przednim i tylnym obustronnie 30-45
98. Złamanie panewki stawu biodrowego z centralnym lub bez centralnego zwichnięcia stawu biodrowego - w zależności od upośledzenia funkcji stawu:
- a) złamanie niewielkiego fragmentu panewki bez zwichnięcia centralnego lub z centralnym zwichnięciem I° 1-10
- b) pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki - ze średnim ograniczeniem funkcji stawu 10-20
- c) pozostałe zwichnięcia centralne i złamania panewki - ze znacznym ograniczeniem funkcji stawu 20-35
- d) bardzo duże zmiany - zeszywnienie w stawie - w zależności od ustawienia..... 35-55

UWAGA!!

Uraz stawu biodrowego wyleczony protezą należy oceniać wg pkt. 143.

99. Izolowane złamanie miednicy i kości krzyżowej bez przerwania obręczy kończyny dolnej (biodrowej):
- jednol miejscowe złamanie kości miednicy (np. złamanie jednej gałęzi kości łonowej lub kulszowej), kości krzyżowej - bez zniekształcenia i zaburzeń funkcji 1-5
 - mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej - bez zniekształcenia i bez zaburzeń funkcji 2-7
 - jednol miejscowe złamanie miednicy i/lub kości krzyżowej - ze zniekształceniem i z zaburzeniem funkcji 3-10
 - mnogie złamania kości miednicy i/lub kości krzyżowej - ze zniekształceniem i z zaburzeniem funkcji 5-20

L. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁOPATKA

100. Łopatka - złamanie łopatki: Prawa Lewa
- wygojone złamanie łopatki z niewielkim przemieszczeniem, bez większych zaburzeń funkcji kończyny 1-10 1-5
 - wygojone złamanie łopatki z dużym przemieszczeniem i wyraźnym upośledzeniem funkcji kończyny - w zależności od stopnia zaburzeń 10-30 5-25
 - wygojone złamanie szyjki i panewki z dużym przemieszczeniem, przykurczem w stawie łopatkowo-ramiennym z dużymi zanikami mięśni i innymi zmianami 30-55 25-45

UWAGA!!

Normy pkt. 100 uwzględniają również ewentualne powikłania neurologiczne.

OBOJCZYK

101. Obojczyk - złamanie obojczyka: Prawa Lewa
- niewielkie zniekształcenie, bez ograniczenia ruchów 1-3 1-2
 - średniego stopnia zniekształcenie i miernego stopnia ograniczenie ruchów 3-10 2-5
 - duże zniekształcenie i znaczne ograniczenie ruchów 10-25 5-20
102. Staw rzekomy obojczyka Prawa Lewa
- w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, upośledzenia funkcji kończyny: 5-25 1-20
103. Zwknięcie stawu obojczykowo - barkowego lub obojczykowo - mostkowego - w zależności od ograniczenia ruchów, upośledzenia funkcji dźwigania i stopnia zniekształcenia: Prawa Lewa
- niewielkie zmiany 1-5 1-3
 - zmiany średniego stopnia 5-15 3-12
 - znaczne zmiany 15-25 12-20

UWAGA!!

Jeśli deficyt funkcji kończyny wynika z nakładania się skutków złamania obojczyka oraz uszkodzeń neurologicznych, deficyt funkcji kończyny ocenia się wg pkt. 182, natomiast stopień zniekształcenia wg pkt. 101-103. W przypadku nienakładania się deficytów ocenia się dodatkowo wg pkt. 182.

104. Uszkodzenia obojczyka powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych) ocenia się wg pkt. 101-103 zwiększając procent trwałego uszczerbku o: 1-5

105. Uszkodzenia stawu łopatkowo-ramiennego - w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń złamanej głowy, nasady bliższej kości ramiennej i innych zmian wtórnych: Prawa Lewa
- miernego stopnia 1-10 1-5
 - średniego stopnia 10-20 5-15
 - dużego stopnia 20-30 15-25

106. Zestarzałe nieodprowadzone Prawa Lewa
- zwknięcie stawu barkowego - w zależności od zakresu ruchów i ustawienia kończyny: 20-30 15-25

107. Nawrotowe zwknięcie stawu barkowego potwierdzone dokumentacją lekarską: Prawa Lewa
- po leczeniu operacyjnym w zależności od ograniczenia ruchomości 5-25 5-20
 - nie leczone operacyjnie 25 20

UWAGA!!

Nawrotowe zwknięcie jest skutkiem ostatniego wcześniejszego zwknięcia stawu barkowego. Przy ustalaniu uszczerbku należy uwzględnić uszczerbek istniejący po poprzednim zwknięciu. Kolejne zwknięcia nie zwiększają wysokości uszczerbku.

108. Staw cepowy w następstwie Prawa Lewa
- pourazowych ubytków kości - w zależności od zaburzeń funkcji: 25-40 20-35

UWAGA!!

Staw wiotki z powodu porażenia ocenia się według norm neurologicznych.

109. Zesztywnienie stawu barkowego: Prawa Lewa
- w ustawieniu czynnościowo korzystnym (w odwiedzeniu około 70°, antypozycja 35° i rotacja zewnętrzna około 25°) - w zależności od ustawienia funkcji 20-35 15-30
 - w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym 40 35

110. Bliznowaty przykurcz stawu Prawa Lewa
- barkowego - w zależności od zaburzeń czynności stawu wg pkt. wg pkt.
- oceniać wg pkt. 105 i 109: 105 i 109 105 i 109

111. Uszkodzenie barku powikłane Prawa Lewa
- przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przetokami i zmianami neurologicznymi ocenia się wg pkt. 105-110, zwiększając stopień uszczerbku - w zależności od stopnia powikłań i upośledzeń funkcji: 1-35 1-25
- Prawa Lewa

112. Utrata kończyny w barku: 75 70
- Prawa Lewa

113. Utrata kończyny wraz z łopatką: 80 75

RAMIĘ

114. Złamanie trzonu kości ramiennej w zależności od przemieszczeń, ograniczenia ruchów w stawie łopatkowo - ramiennym i łokciowym: Prawa Lewa
- a) zmiany niewielkie - z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi 3-15 2-10
- b) duże zmiany - ze znacznym przemieszczeniem i skróceniem 15-30 10-25
- c) złamania powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawem rzekomym, ciałami obcymi (z wyjątkiem ciał obcych wynikających z techniki operacyjnej) i zmianami neurologicznymi 30-55 25-50
115. Uszkodzenia skóry, mięśni, ścięgien i ich przyczepów, nerwów ramienia, naczyń - w zależności od zmian wtórnych i upośledzenia funkcji: Prawa Lewa
- a) zmiany niewielkie - z niewielkim przemieszczeniem i zaburzeniem osi 1-5 1-5
- b) zmiany średnie 5-10 5-10
- c) zmiany duże 30-55 25-50

UWAGA!! Oceniać wyłącznie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań należy orzekać wg pkt. 114.

116. Utrata kończyny w obrębie ramienia: Prawa Lewa
- a) z zachowaniem tylko 1/3 bliższej kości ramiennej 70 65
- b) przy dłuższych kikutach 65 60
117. Przepukliny mięśniowe ramienia Prawa Lewa
- w zależności od rozmiarów: 1-6 1-4

ŁOKIEĆ

118. Złamanie w obrębie stawu łokciowego (dalsza nasada kości ramiennej, bliższa nasada kości promieniowej i łokciowej) - w zależności od zniekształceń i ograniczenia ruchów: Prawa Lewa
- a) niewielkie zmiany 1-5 1-4
- b) średnie zmiany 5-15 5-10
- c) duże zmiany, przewlekłe zapalenie kości, brak zrostu, staw rzekomy 15-30 10-25
119. Zesztywnienie stawu łokciowego: Prawa Lewa
- a) w zgięciu zbliżonym do kąta prostego i z zachowanymi ruchami obrotowymi przedramienia 30 25
- b) z brakiem ruchów obrotowych 35 30
- c) w ustawieniu wyprostnym lub zbliżonym (160° - 180°) 50 45
- d) w innych ustawieniach - w zależności od przydatności czynnościowej kończyny 30-45 25-40
120. Uszkodzenie łokcia - zwknięcie, skręcenie, uszkodzenia tkanek miękkich, skóry - w zależności od blizn, ograniczenia ruchów, zaników mięśni, przemieszczeń, zniekształceń: Prawa Lewa
- a) zmiany niewielkiego stopnia 1-5 1-4
- b) zmiany średniego stopnia 5-15 4-10
- c) zmiany dużego stopnia - powikłane przewlekłym stanem zapalnym, przetokami 15-40 10-35

UWAGA!!

Należy orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań należy orzekać wg pkt. 118.

121. Cepowy staw łokciowy - Prawa Lewa
- w zależności od stopnia wiotkości i stanu mięśni: 15-30 10-25
122. Utrata kończyny górnej na Prawa Lewa
- poziomie stawu łokciowego: 65 60

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW DOTYCZĄCYCH STAWU ŁOKCIOWEGO Funkcjonalny pełny wyprost stawu łokciowego - 0° , pełne zgięcie - 140° , supinacja i pronacja - 0° - 80° .

PRZEDRAMIĘ

123. Złamania w obrębie dalszych nasad jednej lub obu kości przedramienia, powodujące zniekształcenia i ograniczenia ruchomości nadgarstka, ruchów rotacyjnych przedramienia, ruchów palców: Prawa Lewa
- a) z niewielkim zniekształceniem bez istotnych zaburzeń ruchomości (np. złamanie podokostnowe u dzieci, złamanie bez przemieszczenia, izolowane złamanie wyrostka ryłcowatego) 1-5 1-4
- b) średnie zniekształcenia z ograniczeniem ruchomości bez zaburzeń wtórnych 3-10 2-8
- c) średnie lub duże zniekształcenie ze średnim ograniczeniem ruchomości, ze zmianami wtórnymi 10-20 8-15
- d) bardzo duże zniekształcenia, z dużym ograniczeniem ruchów, ze zmianami wtórnymi 20-30 15-25
124. Złamania trzonów jednej lub obu kości przedramienia - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i zaburzeń czynnościowych: Prawa Lewa
- a) niewielkie zmiany 1-5 1-4
- b) średnie zmiany 5-20 5-15
- c) duże zmiany, zmiany wtórne i inne 20-30 15-25
125. Uszkodzenie części miękkich przedramienia, skóry, mięśni, ścięgien, naczyń - w zależności od rozmiarów uszkodzenia i upośledzenia funkcji, zmian wtórnych (troficzne, krążeniowe, blizny i inne): Prawa Lewa
- a) niewielkie zmiany 1-5 1-4
- b) średnie zmiany 5-10 4-8
- c) znaczne zmiany 10-20 8-15

UWAGA!!

Wg pkt. 125 należy orzekać jedynie uszkodzenia bez złamań kości. W przypadku towarzyszących złamań orzekać należy odpowiednio wg pkt. 123, 124, 126, 127.

126. Staw rzekomy kości łokciowej lub promieniowej - w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych: Prawa Lewa
- a) zmiany średniego stopnia 10-20 10-15
- b) zmiany dużego stopnia 20-35 15-30
127. Brak zrostu, staw rzekomy obu kości przedramienia - w zależności od zniekształceń, ubytków kości, upośledzenia funkcji i innych zmian wtórnych: Prawa Lewa
- a) średniego stopnia 10-25 10-20
- b) dużego stopnia 25-40 20-35
128. Uszkodzenia przedramienia powikłane przewlekłym zapaleniem kości, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem

141. Utrata palców III, IV lub V w obrębie Prawa Lewa
lub z kością śródreżca: 10-15 8-13

UWAGA!!

Uszkodzenie palca III przy braku lub bezużyteczności wskaźnika - ocenia się podwójnie palec III. Palec III może zastąpić wskaźnika, przy jego uszkodzeniu powstaje znaczne upośledzenie funkcji dłoni.

142. Wszelkie inne uszkodzenia w obrębie palców III, IV lub V: złamania, zwichnięcia, blizny, uszkodzenia mięśni, ścięgien, naczyń, zniekształcenia, przykurcze, zeszczywnienia stawów, zmiany troficzne, czuciowe itp. - za każdy palec - w zależności od stopnia:..... Prawa Lewa
a) niewielkie zmiany 1-2,5 1-2
b) zmiany średniego stopnia 2,5-5 2-4,5
c) zmiany dużego stopnia 5-8 4,5-7
d) całkowita bezużyteczność palca 9 8

UWAGA!! DOTYCZY WSZYSTKICH USZKODZEŃ PALCÓW
Przy uszkodzeniach obejmujących większą liczbę palców, całkowita ocena musi być niższa niż całkowita utrata tych palców i odpowiadać stopniowi uszkodzenia ręki. Uszkodzenia obejmujące wszystkie palce z pełną utratą użyteczności ręki nie mogą przekroczyć wartości uszczerbku przewidzianej za całkowitą utratę ręki (dla prawej 55%, a dla lewej 50%).

M. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

143. Uszkodzenia stawu biodrowego (zwichnięcia, złamania nasady bliższej kości udowej, złamania szyjki, złamania krętarzowe, urazowe złuszczenia głowy kości udowej) - w zależności od zakresu ruchów, przemieszczeń, skręceń, zniekształcenia, zmian wtórnych:
a) ze zmianami miernego stopnia 5-10
b) ze zmianami średniego stopnia 10-20
c) ze zmianami dużego stopnia 20-40
d) z bardzo ciężkimi zmianami miejscowymi i dolegliwościami wtórnymi (kręgosłup, staw krzyżowo-biodrowy, kolano, niepowodzenie leczenia operacyjnego itp.) 40-65
e) leczenie uszkodzenia zakończone pomyślnym wszczęciem protezy stawu biodrowego w zależności od ograniczenia funkcji 15-40
144. Uszkodzenie tkanek miękkich aparatu torebkowo - więzadłowego, mięśni, naczyń, skóry - w zależności od blizn, ubytków, ograniczenia ruchów:
a) niewielkiego stopnia 1-5
b) średniego stopnia 5-15
c) znacznego stopnia 15-25

UWAGA!!

Współistniejące uszkodzenia nerwów należy kwalifikować wg pkt. 182.

145. Zesztywnienie stawu biodrowego - w zależności od ustawienia i wtórnych zaburzeń statyki i dynamiki:
a) w ustawieniu czynnościowo korzystnym 15-30
b) w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym 30-60
146. Uszkodzenia stawu biodrowego powikłane przewlekłym zapaleniem tkanki kostnej, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), ubytkiem tkanki kostnej - ocenia się

wg pkt. 143 i 145, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od stopnia powikłań o: 5-15
147. Utrata kończyny dolnej przez wyluszczenie jej w stawie biodrowym lub odjęcie w okolicy podkrętarzowej - w zależności od zniekształceń, stanu kikuta i możliwości jego oproteżowania: 75-85

UDO

148. Złamanie kości udowej - w zależności od zniekształceń, zaburzenia osi, skrócenia, zaników mięśni, ograniczenia ruchów w stanie biodrowym i kolanowym, zaburzeń funkcji kończyny i innych zmian wtórnych:
a) niewielkie zmiany i skrócenie do 4 cm 1-15
b) średnie zmiany lub skrócenia do 4 - 6 cm 15-30
c) duże zmiany lub skrócenie ponad 6 cm 30-40
149. Staw rzekomy kości udowej, ubytki kości udowej uniemożliwiającej obciążenie kończyny, opóźniony wzrost kości - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji, skrócenia i zaburzeń wtórnych: 40-60
150. Uszkodzenie skóry, mięśni, ścięgien (blizny, ubytki, przepukliny mięśniowe itp.) uda - w zależności od zaburzeń funkcji:
a) niewielkiego stopnia 1-5
b) średniego stopnia 5-10
c) znacznego stopnia 10-20
151. Uszkodzenie dużych naczyń, tętniaki pourazowe w obrębie uda - w zależności od stopnia wtórnych zaburzeń troficznych: 5-30
152. Uszkodzenie uda powikłane przewlekłym ropnym zapaleniem kości, przetokami, ciałami obcymi (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), skostnieniem pozaszkieletowym i zmianami neurologicznymi - ocenia się wg pkt. 148-151, zwiększając stopień uszczerbku w zależności od rozmiarów powikłań o: 1-10
153. Uszkodzenie uda powikłane współistniejącym uszkodzeniem nerwu kulszowego ocenia się wg pkt. 148-151, zwiększając stopień uszczerbku - w zależności od rozmiarów uszkodzenia nerwu o: 10-65

UWAGA!! DOTYCZY PUNKTÓW OD 148 DO 151 i 153. Łączny uszczerbek oceniany wg pkt. 148-151 i pkt. 153 nie może przekroczyć 70%.

154. Utrata kończyny - w zależności od długości kikuta i jego przydatności do oproteżowania 50-70

KOLANO

155. Złamanie nasad kości tworzących staw kolanowy, rzepki - w zależności od zniekształceń, szpotawości, koślawości, przykurczów, ograniczenia ruchów, stabilności stawu, zaburzeń statyczno - dynamicznych kończyny i innych zmian:
a) niewielkie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 90° do 120° i/lub deficyt wyprostów do kąta 5°, mała lub średnia niestabilność prosta lub niewielka rotacyjna 1-10
b) średnie zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 40° do 90° i/lub deficyt wyprostów do kąta w zakresie 15°-5°, duża niestabilność prosta lub średniego stopnia rotacyjna, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożona, zaburzenia osi kończyny 10-25

- c) duże zmiany - możliwość zgięcia do kąta w przedziale od 0° do 40° i/lub deficyt wyprostów do kąta 15°, utrwalone niestabilności złożone i rotacyjne, znaczne zaburzenia osi kończyny..... 25-40
- d) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej korzystnej 0°-15° 30
- e) zeszywnienie stawu kolanowego w pozycji funkcjonalnej niekorzystnej 30-40
156. Skręcenia i zwichnięcia stawu kolanowego (w tym zwichnięcia rzepki) z uszkodzeniem aparatu torebkowo - więzadłowego stawowego (torebka, więzadła, łątki) - w zależności od ograniczenia ruchów, stabilności stawu, wydolności statycznie - dynamicznej kończyny:
- a) izolowane uszkodzenia łąkotec, stan po leczeniu operacyjnym łąkotec z dobrym wynikiem, uszkodzenia aparatu więzadłowego bez cech niestabilności - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 1-5
- b) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkotec, powodujące małą lub średnią niestabilność prostą, niewielkiego stopnia rotacyjną, stan po leczeniu operacyjnym stawu z dobrym wynikiem - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 5-10
- c) uszkodzenia aparatu więzadłowego z lub bez uszkodzenia łąkotec, powodujące dużą niestabilność prostą lub średniego stopnia rotacyjną, bądź niewielkiego lub średniego stopnia złożoną - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu..... 10-25
- d) utrwalone duże niestabilności złożone i rotacyjne, uszkodzenia obu więzadeł krzyżowych, znaczne zaburzenia osi kończyny - w zależności od stopnia upośledzenia ruchu 25-40
157. Inne uszkodzenia stawu kolanowego - blizny skóry, ciała obce (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przewlekłe stany zapalne, przetoki i inne zmiany wtórne - w zależności od wydolności stawu:
- a) niewielkie zmiany 1-5
- b) średnie zmiany 5-10
- c) duże zmiany 10-20
158. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego:..... 65

UWAGA!!

Prwidłowo funkcjonalny zakres ruchów w stawie kolanowym przyjmuje się od 0° dla wyprostów do 120° dla zgięcia. Jeśli zeszywnienie stawu kolanowego jest spowodowane innymi uszkodzeniami niż złamania kości, należy oceniać wg pkt. 155d lub 155e. Nawrotowe zwichnięcia rzepki należy oceniać uwzględniając uszczerbek istniejący po poprzednich zwichnięciach. Kolejne zwichnięcia nie zwiększają wysokości uszczerbku.

PODUDZIE

159. Złamanie trzonów kości podudzia (jednej lub obu) - w zależności od zniekształceń, przemieszczeń, powikłań wtórnych, zmian troficznych i czynnościowych kończyny itp.:
- a) zmiany niewielkie lub skrócenie kończyny do 4 cm 5-15
- b) duże zmiany wtórne lub skrócenie kończyny od 4 cm do 6 cm..... 15-30
- c) bardzo duże zmiany, ze skróceniem kończyny powyżej 6 cm, z rozległymi zmianami wtórnymi w postaci przewlekłego zapalenia kości, przetok, zmian troficznych skóry, z owrzodzeniami, stawów rzekomych, ubytków kostnych, zmian neurologicznych itp..... 30-50
160. Izolowane złamanie strzałki (nie obejmuje kostki bocznej) - w zależności od przemieszczeń, zniekształceń, upośledzenia funkcji kończyny:..... 1-5
161. Uszkodzenie tkanek miękkich podudzia, skóry, mięśni, naczyń, ścięgna Achillesa i innych ścięgien - w zależności od rozległości uszkodzenia, zniekształcenia stopy i ograniczeń czynnościowych, zmian neurologicznych, naczyniowych, troficznych i innych:
- a) niewielkie zmiany 1-5
- b) średnie zmiany 5-15
- c) znaczne zaburzenia funkcji stopy, duże zmiany neurologiczne..... 15-35
162. Utrata kończyny w obrębie podudzia - w zależności od charakteru kikuta, jego długości, przydatności do oproteżowania i zmian wtórnych w obrębie kończyny:
- a) przy długości kikuta do 8 cm mierzac od szpary stawowej (u dzieci do 10 lat przy długości kikuta do 6 cm)..... 60
- b) przy dłuższych kikutach 40-55

UWAGA!!

Należy orzekać jedynie uszkodzenia tkanek miękkich bez złamań kości. W przypadku współistnienia złamań kości należy orzekać wg pkt. 159 i 160.

STAW SKOKOWY, STOPA

163. Uszkodzenia stawów goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego - skręcenia, stłuczenia, uszkodzenia więzadeł, torebki, uszkodzenia tkanek miękkich, blizny - w zależności od zniekształceń, funkcji stopy, zmian wtórnych i innych powikłań:
- a) niewielkie zaburzenia ruchomości, niewielkie zniekształcenia, blizny i ubytki 1-2
- b) miernego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenia - po częściowym uszkodzeniu więzadeł, bez niestabilności w stawach 2-5
- c) średniego stopnia zaburzenia ruchomości i zniekształcenia - po częściowym uszkodzeniu więzadeł, z niestabilnością w stawach 5-10
- d) duże zmiany z utrzymującymi się objawami funkcjonalnej niestabilności stawów, po całkowitym rozerwaniu więzadeł 10-20
164. Złamania i zwichnięcia kości wchodzących w skład stawu goleniowo-skokowego i/lub skokowo-piętowego, nasad dolnych kości podudzia - w zależności od zniekształceń, ograniczeń ruchomości stopy, zaburzeń statycznie- dynamicznych stopy, zeszywnienia stawów - w zależności od stopnia zmian:
- a) niewielkiego stopnia ograniczenia funkcji w obrębie stawów skokowych 2-5
- b) średniego stopnia zaburzenia funkcji w stawach skokowych 5-10
- c) dużego stopnia zaburzenia funkcji w stawach skokowych lub zeszywnienia w ustawieniu pod kątem zbliżonym do prostego 10-20

d) zeszczywnienia w ustawieniu czynnościowo niekorzystnym	20-30	c) utrata całego palucha.....	10
e) znacznego stopnia zaburzenia funkcji w stawach skokowych, powikłane przewlekłym zapaleniem kości, stawów, przetokami, martwicą, zmianami troficznymi i innymi zmianami wtórnymi, zeszczywnieniem w ustawieniu niekorzystnym	20-40	176. Inne uszkodzenia palucha - zwknięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich - w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształceń, upośledzenia funkcji stopy:	
165. Złamanie kości skokowej i/lub piętowej (nie wchodzące w zakres pkt. 164) - w zależności od utrzymujących się dolegliwości, przemieszczeń, zniekształceń, ustawienia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:		a) niewielkie zmiany	1-3
a) niewielkiego stopnia ograniczenia funkcji w obrębie stawów skokowych	1-10	b) średnie zmiany	3-6
b) średniego stopnia	10-20	c) duże zmiany z niekorzystnym ustawieniem	6-10
c) duże zmiany	20-30	177. Utrata palucha wraz z kością śródstopia - w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia:	15-25
166. Utrata kości skokowej i/lub piętowej - w zależności od blizn, zniekształceń, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych powikłań:		178. Utrata w zakresie palców II, III, IV, V:	
a) częściowa utrata	20-30	a) częściowa utrata na wysokości paliczka środkowego - za każdy palec	1
b) całkowita utrata	30-40	b) całkowita utrata - za każdy palec	2
167. Złamania i zwknięcia kości stępu w zależności od przemieszczeń, zniekształceń i innych zmian wtórnych:		179. Utrata palca V z kością śródstopia - w zależności od wielkości utraty kości śródstopia:	5-15
a) niewielkiego stopnia - w zależności od zmian czynnościowych	1-5	180. Utrata palców II, III i IV z kością śródstopia - w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych - za każdy palec:	3-5
b) średniego stopnia - w zależności od zmian czynnościowych	5-10	181. Inne drobne uszkodzenia i zniekształcenia palców - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji - oceniać łącznie:	1-5
c) znacznego stopnia lub z innymi powikłaniami - w zależności od wielkości zaburzeń	10-20		
168. Złamania kości śródstopia - w zależności od przemieszczeń, zniekształcenia stopy, zaburzeń statyczno-dynamicznych i innych zmian:			
a) I lub V kości śródstopia	1-15		
b) II, III i IV kości śródstopia	1-10		
c) złamanie dwóch kości śródstopia	10-15		
d) złamanie trzech lub więcej kości śródstopia	10-20		
169. Złamania kości śródstopia powikłane zapaleniem kości, przetokami, wtórnymi zmianami troficznymi i zmianami neurologicznymi ocenia się wg pkt. 168 zwiększając stopień uszczerbku (w zależności od stopnia powikłań) o:	1-10		
170. Inne uszkodzenia stopy - w zależności od dolegliwości, blizn, zniekształceń, zmian troficznych, zaburzeń statyczno-dynamicznych stopy i innych zmian wtórnych:			
a) zmiany niewielkie	1-5		
b) średnie zmiany	5-10		
c) duże zmiany	10-15		
171. Utrata stopy w całości:	50		
172. Utrata stopy na poziomie stawu Choparta:	40		
173. Utrata stopy w stawie Lisfranca:	35		
174. Utrata stopy w obrębie kości śródstopia - w zależności od rozległości utraty przodostopia i cech kikuta:	20-30		

PALCE STOPY

175. Utrata w zakresie palucha - w zależności od blizn, zniekształceń, wielkości ubytków, charakteru kikuta, zaburzeń statyki i chodu oraz innych zmian wtórnych:	
a) częściowa lub całkowita utrata opuszki lub trwała utrata płytki paznokciowej	1-5
b) częściowa lub całkowita utrata paliczka paznokciowego	5-8

c) utrata całego palucha.....	10
176. Inne uszkodzenia palucha - zwknięcia, złamania, uszkodzenia tkanek miękkich - w zależności od rozległości blizn, ubytków, zniekształceń, upośledzenia funkcji stopy:	
a) niewielkie zmiany	1-3
b) średnie zmiany	3-6
c) duże zmiany z niekorzystnym ustawieniem	6-10
177. Utrata palucha wraz z kością śródstopia - w zależności od rozmiaru utraty kości śródstopia:	15-25
178. Utrata w zakresie palców II, III, IV, V:	
a) częściowa utrata na wysokości paliczka środkowego - za każdy palec	1
b) całkowita utrata - za każdy palec	2
179. Utrata palca V z kością śródstopia - w zależności od wielkości utraty kości śródstopia:	5-15
180. Utrata palców II, III i IV z kością śródstopia - w zależności od wielkości utraty kości śródstopia, ustawienia stopy i innych zmian wtórnych - za każdy palec:	3-5
181. Inne drobne uszkodzenia i zniekształcenia palców - w zależności od stopnia upośledzenia funkcji - oceniać łącznie:	1-5

UWAGA!! DO WSZYSTKICH PUNKTÓW

Wartość uszczerbku ustalona za uszkodzenie jednego palca nie może przekroczyć wartości przewidzianej za całkowitą utratę palca. Uszkodzenie kikuta amputowanych kończyn, wymagające zmiany protezy, reamputacji lub niemożności zastosowania protezy - należy oceniać wg amputacji na wyższym poziomie.

N. PORAZENIA LUB NIEDOWŁADY POSZCZEGÓLNYCH NERWÓW OBWODOWYCH


182. Uszkodzenie nerwów częściowe lub całkowite - w zależności od stopnia zaburzeń:		
a) nerwu przeponowego poniżej jego połączenia z nerwem podobojczykowym	1-15	
		Prawa Lewa
b) nerwu piersiowego długiego	1-15	1-10
c) nerwu pachwowego	1-25	1-20
d) nerwu mięśniowo - skórny - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-25	1-20
e) nerwu promieniowego powyżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-35	1-35
f) nerwu promieniowego poniżej odejścia gałązki do mięśnia trójgłowego ramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-30	1-25
g) nerwu promieniowego nad wejściem do kanału mięśnia odwracacza przedramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-25	1-20
h) nerwu promieniowego po wyjściu z kanału mięśnia odwracacza przedramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-15	1-10
i) nerwu pośrodkowego w zakresie ramienia - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-40	1-30
j) nerwu pośrodkowego w zakresie nadgarstka - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu	1-20	1-15

k) nerwu łokciowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-25	1-20	t) nerwu piszczelowego (normę w wysokości ponad 30% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach) - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-40
l) splotu barkowego części nadobojczykowej (górnej)	1-25	1-20	u) nerwu strzałkowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-25
ł) splotu barkowego części podobojczykowej (dolnej).....	1-45	1-40	w) splotu łędźwiowo - krzyżowego.....	1-70
m) pozostałych nerwów odcinka szyjnego - piersiowego.....	1-15		z) pozostałych nerwów odcinka łędźwiowo - krzyżowego	1-10
n) nerwu zasłonowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-20			
o) nerwu udowego - części czuciowej, ruchowej lub całego nerwu.....	1-30		UWAGA!!	
p) nerwów pośladkowych (górnego i dolnego)	1-20		Wg pkt. 182 ocenia się tylko uszkodzenia nerwów obwodowych. W przypadku współistnienia uszkodzeń kostnych, mięśniowych i nerwowych, należy stosować ocenę wg pkt. dotyczących uszkodzeń kończyn górnych i dolnych.	
r) nerwu sromowego wspólnego.....	1-25		183. Kauzalgie potwierdzone obserwacją szpitalną - w zależności od stopnia zmian troficznych i nasilenia bólów.....	1-50
s) nerwu kulszowego przed podziałem na nerw piszczelowy i strzałkowy (normę w wysokości ponad 50% stosować tylko przy nieuleczalnych owrzodzeniach)	1-60			

Niniejsza Tabela norm oceny procentowej trwałego uszczerbku na zdrowiu została zatwierdzona uchwałą nr 185/2016 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 19 grudnia 2021 r.



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



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

Katalog poważnych zachorowań stanowiący załącznik do Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących poważnego zachorowania ubezpieczonego

KATALOG POWAŻNYCH ZACHORWAŃ

	Rodzaje Poważnych zachorowań	Katalog A		Katalog B		Katalog C	
		Podstawowy	Rozszerzony	Podstawowy	Rozszerzony	Podstawowy	Rozszerzony
I. Choroby autoimmunologiczne	1. Łuszczycowe zapalenie stawów	nie	tak	nie	nie	nie	tak
	2. Twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)	nie	tak	nie	nie	nie	tak
II. Choroby neurologiczne	1. Bakteryjne zapalenie mózgu z ubytkiem neurologicznym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	2. Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z ubytkiem neurologicznym	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	3. Choroba Alzheimera	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	4. Choroba Creutzfeldta-Jakoba	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	5. Choroba Huntingtona	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	6. Choroba neuronu ruchowego	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	7. Choroba Parkinsona	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	8. Dystrofia mięśniowa	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	9. Neuroborelioza skutkująca leczeniem szpitalnym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	10. Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu skutkujące leczeniem szpitalnym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	11. Porażenie kończyn	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	12. Postępujące porażenie nadjądrowe	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	13. Stwardnienie rozsiane z ubytkami neurologicznymi	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	14. Śpiączka	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	15. Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych skutkujące leczeniem szpitalnym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	16. Wirusowe zapalenie mózgu z ubytkiem neurologicznym	tak	tak	tak	tak	tak	tak
III. Choroby nowotworowe	1. Łagodny nowotwór mózgu	tak	tak	tak	tak	nie	nie
	2. Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego	tak	tak	tak	tak	nie	nie
	3. Nowotwór złośliwy	tak	tak	tak	tak	nie	nie
IV. Choroby reumatoidalne	1. Reumatoidalne zapalenie stawów o ciężkim przebiegu	nie	tak	nie	nie	nie	tak
	2. Toczeń rumieniowaty układowy	nie	tak	nie	nie	nie	tak
	3. Złaminiakowatość Wegenera	nie	tak	nie	tak	nie	tak
V. Choroby sercowo-naczyniowe	1. Chirurgicalne leczenie choroby wieńcowej (by-pass)	tak	tak	nie	nie	tak	tak
	2. Infekcyjne zapalenie wsierdzia	nie	tak	nie	nie	nie	tak
	3. Kardiomiopatia pierwotna	tak	tak	nie	nie	tak	tak
	4. Operacja aorty	tak	tak	nie	nie	tak	tak
	5. Operacja zastawek serca	tak	tak	nie	nie	tak	tak
	6. Przeszkórna angioplastyka wieńcowa	tak	tak	nie	nie	tak	tak
	7. Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym	tak	tak	nie	nie	tak	tak
	8. Zawał serca	tak	tak	nie	nie	tak	tak

	Rodzaje Poważnych zachorowań	Katalog A		Katalog B		Katalog C	
		Podstawowy	Rozszerzony	Podstawowy	Rozszerzony	Podstawowy	Rozszerzony
VI. Choroby zakaźne	1. Bąblowiec mózgu leczony operacyjnie	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	2. Bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej leczony operacyjnie	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	3. Cholera	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	4. Dur brzuszny	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	5. Gorączka denga	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	6. Gorączka Ebola	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	7. Gorączka Zachodniego Nilu	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	8. Gruźlica	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	9. Malaria skutkująca leczeniem szpitalnym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	10. Pełzakowica skutkująca leczeniem szpitalnym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	11. Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	12. Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	13. Schistosomatoza (bilharczoza)	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	14. Sepsa o ciężkim przebiegu	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	15. Tężec skutkujący leczeniem szpitalnym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	16. Wścieklizna skutkująca leczeniem szpitalnym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	17. Zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS (w związku z wykonywanym zawodem)	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	18. Zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS (w wyniku transfuzji krwi)	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	19. Zgorzel gazowa skutkująca leczeniem szpitalnym	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	20. Żółta gorączka	nie	tak	nie	tak	nie	tak
VII. Choroby inne	1. Anemia aplastyczna	nie	tak	nie	tak	nie	nie
	2. Choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu	nie	tak	nie	tak	nie	nie
	3. Ciężkie oparzenia	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	4. Cukrzyca o ciężkim przebiegu (typ 1)	nie	tak	nie	nie	nie	tak
	5. Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie	nie	tak	nie	nie	nie	tak
	6. Pierwotne płucne nadciśnienie tętnicze (PAH)	nie	tak	nie	nie	nie	tak
	7. Piorunujące zapalenie wątroby (ostra niewydolność wątroby)	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	8. Pourazowe uszkodzenie mózgu	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	9. Przeszczep narządów	tak	tak	nie	nie	nie	nie
	10. Ropień mózgu leczony operacyjnie	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	11. Ropień płuca lub śródpiersia leczony operacyjnie	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	12. Schyłkowa niewydolność nerek	tak	tak	nie	nie	tak	tak
	13. Schyłkowa niewydolność oddechowa	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	14. Schyłkowa niewydolność wątroby	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	15. Utrata kończyn	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	16. Utrata kończyny (wskutek choroby)	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	17. Utrata mowy	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	18. Utrata słuchu	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	19. Utrata wzroku	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	20. Utrata wzroku w jednym oku	nie	tak	nie	tak	nie	tak
	21. Wrzodzące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu	nie	tak	nie	tak	nie	nie
	22. Zakażona martwica trzustki leczona operacyjnie	tak	tak	tak	tak	tak	tak
	23. Zespół krótkiego jelita	nie	tak	nie	tak	nie	nie

I. Choroby autoimmunologiczne

1. **Łuszczycowe zapalenie stawów** – choroba zapalna stawów występująca u osób chorujących na łuszczycę, która została rozpoznana przez lekarza reumatologa. Odpowiedzialnością objęte są przypadki postaci wielostawowej (co najmniej 5 stawów), osiowej lub okaleczającej postaci Łuszczycowego zapalenia stawów.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
2. **Twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)** – układowa choroba tkanki łącznej przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. W rozumieniu niniejszej definicji musi przebiegać z zajęciem serca lub płuc lub nerek. Rozpoznanie musi być potwierdzone wynikami biopsji i badań serologicznych. Definicja nie obejmuje twardziny miejscowej (twardziny liniowej lub plackowatej), eozynofilowego zapalenia powięzi i zespołu CREST.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

II. Choroby neurologiczne

1. **Bakteryjne zapalenie mózgu z ubytkiem neurologicznym** – postać choroby wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych, rozpoznana na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzona wynikami: badania płynu mózgowo-rdzeniowego, badań bakteriologicznych lub immunologicznych, powodująca trwałe ubytki lub deficyt neurologiczny niepoddający się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
2. **Bakteryjne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych z ubytkiem neurologicznym** – postać choroby wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych, rozpoznana na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzona wynikami: badania płynu mózgowo-rdzeniowego, badań bakteriologicznych lub immunologicznych, powodująca trwałe ubytki lub deficyt neurologiczny niepoddający się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
3. **Choroba Alzheimerera** – pogorszenie lub utrata czynności intelektualnych spowodowana nieodwracalnymi zmianami funkcjonowania mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez lekarza neurologa na podstawie danych klinicznych oraz testów i kwestionariuszy służących do diagnostyki choroby Alzheimerera i demencji. Choroba musi powodować poważne upośledzenie funkcji poznawczych.
Definicja nie obejmuje innych typów demencji.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
4. **Choroba Creutzfelda-Jakoba** – postępująca choroba zakaźna, prowadząca do uszkodzenia centralnego układu nerwowego charakteryzująca się objawami psychicznymi (otępienie) oraz neurologicznymi (objawy porażenia nerwów, zaburzenia wzroku, zaburzenia równowagi i inne). Jednoznaczna diagnoza musi być postawiona przez specjalistę neurologa.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
5. **Choroba Huntingtona (płásawica Huntingtona)** - postępująca choroba genetyczna ośrodkowego układu nerwowego, objawiająca się niekontrolowanymi ruchami i postępującym otępieniem, potwierdzona charakterystycznymi objawami klinicznymi oraz pozytywnymi wynikami badań dodatkowych EEG, neuroobrazowych, immunologicznych.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
6. **Choroba neuronu ruchowego** – wystąpienie jednej z niżej wymienionych chorób, potwierdzonych przez lekarza neurologa, których wspólną cechą są objawy uszkodzenia neuronów ruchowych:
 - 1) stwardnienia zanikowego bocznego (SLA);
 - 2) postępującego zaniku mięśni (PMA);
 - 3) pierwotnego stwardnienia bocznego (PLS);
 - 4) postępującego porażenia opuszkowego (PBP).
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
7. **Choroba Parkinsona** – przewlekła choroba układu pozapiramidowego, spowodowana pierwotnym zwyrodnieniem komórek nerwowych istoty czarnej, prowadzącym do zmniejszenia produkcji dopaminy. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone wystąpieniem co najmniej 2 z 3 objawów choroby, tj. akinezy, drżenia spoczynkowego, wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej).
Definicja nie obejmuje zespołów objawów parkinsonowskich wywołanych innymi schorzeniami oraz przypadków choroby Parkinsona wywołanej lekami lub substancjami toksycznymi.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
8. **Dystrofia mięśniowa** – choroba mięśni o charakterze zwyrodnieniowym powodująca postępujący zanik mięśni, prowadząca do trwałych zaburzeń ich funkcji, stwierdzona na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych oraz wyników biopsji mięśnia i elektromiografii (EMG), skutkująca trwałym ograniczeniem zdolności do samodzielnej egzystencji w postaci braku możliwości wykonania co najmniej 2 z 5 podstawowych czynności dnia codziennego:
 - 1) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem do lub pod prysznic i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób;
 - 2) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania;
 - 3) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku;
 - 4) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie;
 - 5) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

9. **Neuroborelioza skutkująca leczeniem szpitalnym** – krętkowica przenoszona przez kleszcze przebiegająca z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórными objawiającymi się rumieniem, zapaleniem stawów, zapaleniem mięśnia sercowego oraz różnorodnymi objawami neurologicznymi i skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego.
Zdiagnozowanie choroby powinno być jednoznacznie potwierdzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem swoistego badania immunologicznego.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
10. **Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu skutkujące leczeniem szpitalnym** – postać choroby przenoszonej przez kleszcze, która przebiega z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkująca koniecznością hospitalizacji oraz potwierdzona badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Rozpoznanie choroby powinno być jednoznacznie ustalone przez lekarza specjalistę neurologa i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
11. **Porażenie kończyn** – całkowita i trwała utrata funkcji co najmniej 2 kończyn, spełniająca kryterium 0 lub 1 stopnia w skali Lovetta, spowodowana Wypadkiem lub chorobą nerwów rdzeniowych, rdzenia kręgowego lub mózgu.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
12. **Postępujące porażenie nadjądrowe** – postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego rozpoznana przez lekarza neurologa na podstawie aktualnych standardów diagnostycznych jako postępujące porażenie nadjądrowe, która doprowadziła do stałych zaburzeń ruchowych, zaburzeń ruchomości gałek ocznych oraz niestabilności postawy.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
13. **Stwardnienie rozsiane z ubytkami neurologicznymi** – choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), rozpoznana przez lekarza neurologa, wywołana procesami zapalnymi i demielinizacyjnymi, przejawiająca się zespołem licznych ubytków neurologicznych, rozpoznana na podstawie aktualnych kryteriów diagnostycznych McDonald, poprzedzona epizodem zaburzeń neurologicznych, stanowiących dowolną kombinację objawów: uszkodzenia nerwu wzrokowego, pnia mózgu, rdzenia kręgowego, zaburzeń koordynacji lub zaburzeń czucia.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
14. **Śpiączka** – stan utraty przytomności z brakiem reakcji na bodźce zewnętrzne lub potrzeby naturalne, trwający w sposób ciągły i wymagający stosowania systemów podtrzymywania życia przez okres co najmniej 96 godzin.
Definicja nie obejmuje przypadków śpiączki farmakologicznej oraz śpiączki wynikającej ze spożycia alkoholu i innych substancji odurzających.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
15. **Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych skutkujące leczeniem szpitalnym** – choroba skutkująca koniecznością leczenia szpitalnego, rozpoznana na podstawie objawów klinicznych, potwierdzona wynikami badań: płynu mózgowo-rdzeniowego, badań wirusologicznych i/lub immunologicznych.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
16. **Wirusowe zapalenie mózgu z ubytkiem neurologicznym** – choroba zapalenia mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, móżdżku) o ciężkim przebiegu, wywołana przez infekcję wirusową i powodująca powstanie trwałego ubytku neurologicznego, utrzymującego się przez okres co najmniej 6 tygodni. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę neurologa.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

III. Choroby nowotworowe

1. **Łagodny nowotwór mózgu** – wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu, opon lub nowotwory nerwów czaszkowych, rozpoznane na podstawie wyników badań neuroobrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych, które zostały usunięte lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, spowodowały trwały ubytek neurologiczny. Definicja nie obejmuje: guzów przysadki i szyszynki, torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
2. **Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego** – wewnątrzkanałowy, niezłośliwy nowotwór rdzenia kręgowego i opon rdzenia, który został usunięty lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, spowodował trwały ubytek neurologiczny, rozpoznany na podstawie pozytywnych wyników badań dodatkowych obrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
3. **Nowotwór złośliwy** – nowotwór inwazyjny, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Ochrona ubezpieczeniowa obejmuje również przypadki białaczki, chłoniaka złośliwego (w tym chłoniaka skóry), chorobę Hodgkina, złośliwe nowotwory szpiku kostnego i mięsaka (w tym mięsaka skóry).
Definicja nie obejmuje:
 - 1) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (*carcinoma in situ*), dysplazji, raka o granicznej złośliwości, raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych;
 - 2) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1aN0M0, T1bN0M0, T1cN0M0) lub ze wskaźnikiem Gleasona nie mniejszym niż 7;
 - 3) wszelkich nowotworów skóry z wyjątkiem: czerniaka złośliwego w stopniu zaawansowania wyższym niż T1aN0M0 według klasyfikacji TNM, chłoniaka skóry oraz mięsaka skóry w stopniu zaawansowania wyższym niż T1N0M0 według klasyfikacji TNM;
 - 4) raka brodawkowego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1aN0M0, T1bN0M0);
 - 5) przewlekłej białaczki limfatycznej w stadium niższym niż stopień III według klasyfikacji Rai;

6) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM;

7) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

Za Wystąpienie poważnego zachorowania przyjmuje się datę pobrania materiału do badania histopatologicznego w Okresie ubezpieczenia, które potwierdziło obecność nowotworu złośliwego. Jeśli z medycznego punktu widzenia wykonanie badania histopatologicznego nie jest możliwe lub jest ryzykowne, za Wystąpienie poważnego zachorowania przyjmuje się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia przez lekarza onkologa na podstawie dokumentacji medycznej.

IV. Choroby reumatoidalne

1. **Reumatoidalne zapalenie stawów o ciężkim przebiegu** – uogólnione uszkodzenie stawów wyrażające się deformacją co najmniej 3 z następujących grup stawów: stawy międzypaliczkowe rąk, stawy nadgarstkowe, stawy łokciowe, stawy kręgosłupa szyjnego, stawy kolanowe, stawy stóp. Ubezpieczeniem są objęte wyłącznie przypadki ograniczenia samodzielnej egzystencji wyrażającego się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum 3 z 5 podstawowych czynności życiowych dnia codziennego:

- 1) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem do wanny lub pod prysznic i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób;
- 2) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania;
- 3) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku;
- 4) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie;
- 5) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.

Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

2. **Toczeń rumieniowaty układowy** – choroba autoimmunologiczna przebiegająca z typowymi zmianami skórными, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi, przy współistnieniu zmian w układzie krążenia, lub układzie nerwowym lub w nerkach. Rozpoznanie tocznia powinno być postawione zgodnie z międzynarodowymi kryteriami diagnostycznymi Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego.

Definicja nie obejmuje:

- 1) tocznia rumieniowatego układowego polekowego;
- 2) tocznia rumieniowatego krążkowego.

Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

3. **Ziarniniakowatość Wegenera** – układowa choroba autoimmunologiczna powodująca martwicze zapalenie małych i średnich naczyń krwionośnych, charakteryzująca się powstawaniem ziarniniaków i obecnością przeciwciał c-ANCA, przy współistnieniu przynajmniej jednego z objawów:

- 1) schyłkowa niewydolność nerek;
- 2) schyłkowa niewydolność oddechowa;
- 3) utrata wzroku;
- 4) utrata słuchu.

Choroba musi być rozpoznana zgodnie z kryteriami Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego.

Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

V. Choroby sercowo – naczyniowe

1. **Chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass)** – przeprowadzenie operacji chirurgicznej, przy otwartej klatce piersiowej mającej na celu zlikwidowanie zwężenia lub niedrożności jednej lub więcej tętnic wieńcowych przez wszczęcie pomostu omijającego. Operacja musi być poprzedzona angiografią wykazującą istotne zwężenie tętnicy wieńcowej i przeprowadzona wskutek zalecenia specjalisty – kardiologa.

Definicja nie obejmuje angioplastyki ani jakichkolwiek innych zabiegów na tętnicach wieńcowych wykonywanych od strony światła tętnicy wieńcowej i wykorzystujących techniki cewnikowania naczyń wieńcowych lub techniki laserowe.

Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji chirurgicznej w Okresie ubezpieczenia.

2. **Infekcyjne zapalenie wsierdza** – choroba infekcyjnego zapalenia wsierdza u osoby z własnymi, naturalnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, rozpoznana zgodnie z obowiązującymi kryteriami medycznymi przez specjalistę w zakresie chorób wewnętrznych lub kardiologii.

Definicja nie obejmuje przypadków tej choroby u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii (elektrostymulatorem, kardiowerterem), u osób, które przebyły operację serca, u osób używających środków uzależniających.

Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

3. **Kardiomiopatia pierwotna** – kardiomiopatia: rozstrzeniowa, przerostowa, gąbczasta, restrykcyjna i arytmogenna prawej komory, skutkująca znaczną i nieodwracalną niewydolnością serca w stopniu co najmniej II według skali Nowojorskiego Towarzystwa Kardiologicznego (NYHA), bez współwystępowania choroby wieńcowej, nadciśnienia tętniczego, wady zastawkowej lub wrodzonej serca na tyle istotnej, by doprowadzić do obserwowanej patologii miokardium. Kardiomiopatia musi być potwierdzona badaniem klinicznym i wynikami niezbędnych badań obrazowych takich jak: echokardiograficzne lub tomografia komputerowa lub magnetyczny rezonans jądrowy lub cewnikowanie serca.

Definicja nie obejmuje kardiomiopatii wtórnych.

Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

4. **Operacja aorty** – operacja chirurgiczna aorty piersiowej lub brzusznej przeprowadzona z powodu zagrażającej życiu choroby naczyń, w tym koarktacji aorty, tętniaków i rozwarstwienia aorty.
Definicja nie obejmuje zabiegów polegających na wprowadzeniu wszelkich rodzajów stentów (także stentgraftu) do aorty oraz zabiegów dotyczących jedynie odgałęzień aorty.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.
5. **Operacja zastawek serca** – przeprowadzona pierwszorazowa operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca, wykonana przy otwartym sercu lub bez otwierania serca. Operacja musi zostać zalecona przez specjalistę w zakresie kardiologii.
Definicja nie obejmuje operacji naprawczej zastawki serca (a więc bez wymiany) oraz przeszskórnego zabiegu plastyki zastawek.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.
6. **Przeškórna angioplastyka wieńcowa** – zabieg przeszskórnego poszerzenia zwężeń lub niedrożności dwóch lub więcej tętnic wieńcowych, przeprowadzony z powodu dolegliwości dławicowych, przy użyciu cewnika balonowego. Schorzenie musi być potwierdzone wykazaniem w badaniu koronarograficznym obecności co najmniej 70-procentowego zwężenia światła każdej z dwóch lub więcej tętnic wieńcowych oraz kartą informacyjną poświadczającą rzeczywiste przebycie zabiegu balonowego poszerzenia co najmniej dwóch tętnic wieńcowych w trakcie jednego zabiegu.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się rozpoczęcie specjalistycznego leczenia w Okresie ubezpieczenia.
7. **Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym** – nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu), powodujące powstanie trwałych ubytków neurologicznych, znajdujących potwierdzenie w badaniu fizykalnym i utrzymujących się przez okres co najmniej 60 dni od chwili rozpoznania udaru mózgu. Rozpoznanie udaru musi zostać potwierdzone wystąpieniem świeżych zmian naczyniopochodnych zaobserwowanych w badaniach obrazowych (np. w badaniu rezonansu magnetycznego, badaniu tomografii komputerowej).
Odpowiedzialnością objęte są również przypadki udaru mózdzku, rdzenia przedłużonego, rdzenia kręgowego, które spełniają powyższe kryteria.
Definicja nie obejmuje:
 - 1) epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego;
 - 2) udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić;
 - 3) przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA) ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND);
 - 4) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poddarowych.
 Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
8. **Zawał serca** – martwica części mięśnia sercowego, wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Rozpoznanie zawału serca postawione przez lekarza prowadzącego musi być oparte na stwierdzeniu wzrostu lub spadku stężenia biomarkerów sercowych we krwi (troponiny I, troponiny T lub CK-MB), z co najmniej jedną wartością przekraczającą 99. percentyl zakresu referencyjnego dla danej metody laboratoryjnej, współistniejącego z co najmniej jednym z wymienionych niżej klinicznych wykładników niedokrwienia mięśnia sercowego:
 - 1) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego;
 - 2) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG;
 - 3) uwidocznione w badaniach obrazowych nowe ubytki żywego mięśnia sercowego lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej.
 Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przeszskórnej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego.
Definicja nie obejmuje:
 - 1) innych ostrych zespołów wieńcowych, w których nie wykazano dowodów na dokonanie się martwicy mięśnia serca;
 - 2) każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez lekarza specjalistę (kardiologa);
 - 3) podwyższenia biomarkerów sercowych, wynikających z zabiegu diagnostycznej angiografii wieńcowej.
 Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

VI. Choroby zakaźne

1. **Bąblowiec mózgu leczony operacyjnie** – bąblowiec mózgu wymagający wykonania operacji chirurgicznej, usunięcia torbieli bąblowcowej mózgu, spowodowanej tasiemcem z rodzaju *Echinococcus*. Rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem histopatologicznym.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.
2. **Bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej leczony operacyjnie** – bąblowiec w obrębie klatki piersiowej lub jamy brzusznej wymagający wykonania operacji chirurgicznej, polegającej na usunięciu torbieli bąblowcowej, spowodowanej tasiemcem z rodzaju *Echinococcus*. Rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem histopatologicznym.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.
3. **Cholera** – ostra choroba zakaźna wywołana przez przecinkowce cholery (*Vibrio cholerae*), potwierdzona charakterystycznym obrazem klinicznym oraz pozytywnym wynikiem badania diagnostycznego mikrobiologicznego lub immunologicznego.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
4. **Dur brzuszny** – ostra ogólnoustrojowa choroba zakaźna wywołana przez pałeczkę duru brzuszego (*Salmonella typhi*) potwierdzona charakterystycznymi objawami klinicznymi i wynikami badań dodatkowych (bakteriologicznych, histopatologicznych, immunologicznych). Definicja nie obejmuje przypadków bezobjawowego nosicielstwa *Salmonella typhi* lub *Salmonella paratyphi*.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

5. **Gorączka denga** – ostra tropikalna choroba zakaźna wywołana wirusem dengi, przebiegająca z wysoką gorączką, bólami głowy, bólem pozagałkowym, bólami mięśni, bólami stawów, wysypką, krwotokami, leukopenią.
Rozpoznanie musi być potwierdzone jednym z badań mikrobiologicznych: izolacją wirusa dengi z surowicy, osocza lub leukocytów; wykryciem kwasów nukleinowych metodą PCR; wykryciem antygenów wirusa lub co najmniej 4-krotnym wzrostem miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flawiwirusami.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
6. **Gorączka Ebola** – choroba zakaźna wywołana przez wirusa Ebola. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny musi być jednoznacznie potwierdzony za pomocą odpowiednich testów laboratoryjnych.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
7. **Gorączka Zachodniego Nilu** – ostra choroba tropikalna wywołana wirusem Zachodniego Nilu, przebiegająca z wysoką gorączką, nudnościami, wymiotami, trudnościami w polykaniu. Rozpoznanie musi być potwierdzone charakterystycznym obrazem klinicznym oraz odpowiednim poziomem przeciwciał klasy IgM.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
8. **Gruźlica** – choroba zakaźna, która jest spowodowana prątkiem gruźlicy (*Mycobacterium tuberculosis*) i przebiega z zajęciem mięszu płucnego lub drzewa tchawiczo-oskrzelowego bądź też oplotnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwprątkowego.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
9. **Malaria skutkująca leczeniem szpitalnym** – choroba zakaźna wywołana przez zarodźca zimnicy. Odpowiadamy wyłącznie za taką zimnicę, która skutkowała hospitalizacją. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny muszą być jednoznacznie potwierdzone dokumentacją medyczną.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
10. **Pełzakowica skutkująca leczeniem szpitalnym** – choroba zakaźna wywołana przez pełzaka czerwonki (*Entamoeba histolytica*). Odpowiadamy wyłącznie za taką pełzakowicę, która skutkowała hospitalizacją. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny muszą być jednoznacznie potwierdzone za pomocą odpowiednich testów laboratoryjnych.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
11. **Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B** – aktywna, rozlana, zapalna choroba mięszu wątroby, wywołana przez wirusa zapalenia wątroby typu B (HBV = HBsAg). Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B rozpoznaje się na podstawie poniższych kryteriów występujących łącznie:
 - 1) stałej obecności antygeny powierzchniowego wirusa HBV (HBsAg) w surowicy przez okres przynajmniej 6 miesięcy;
 - 2) utrzymywania się stałej lub okresowej zwiększonej aktywności ilości ALT (aminotransferazy alaninowej) powyżej górnej granicy normy.
 Definicja nie obejmuje:
 - 1) przewlekłego nosicielstwa HBsAg;
 - 2) przebytego WZW typu B.
 Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
12. **Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C** – przewlekłe, aktywne zapalenie wątroby, wywołane zakażeniem wirusem zapalenia wątroby typu C, trwające ponad 6 miesięcy. Kryteria rozpoznania, które muszą być spełnione łącznie:
 - 1) stwierdzenie obecności przeciwciał anty HCV (IgG) lub/i obecności HCV RNA;
 - 2) w badaniu histopatologicznym (biopsja wątroby) albo badaniu elastograficznym wątroby wykonanym nie wcześniej niż po 6 miesiącach od początku choroby obecność cech przewlekłego aktywnego zapalenia wątroby oraz włóknienia lub marskości.
 Definicja nie obejmuje przypadków rozpoznania WZW C u osób z infekcją HIV/AIDS.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
13. **Schistosomatoza (bilharczoza)** – choroba pasożytnicza, wywołana przez przywry krwi z rodzaju *Schistosoma*, potwierdzona charakterystycznymi objawami klinicznymi i wynikiem badania parazytologicznego, serologicznego, immunologicznego lub histopatologicznego.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
14. **Sepsa o ciężkim przebiegu** – zespół uogólnionej reakcji zapalnej spowodowany przez infekcję bakteryjną, wirusową lub grzybiczą rozprzestrzeniającą się drogą krwionośną, charakteryzującą się obecnością drobnoustrojów chorobotwórczych lub ich toksycznych metabolitów we krwi i prowadzącą do niewydolności wielonarządowej. Definicja obejmuje też przypadki wstrząsu septycznego.
Dodatkowo spełnione muszą być co najmniej 2 z następujących kryteriów diagnostycznych zespołu uogólnionej reakcji zapalnej:
 - 1) przyspieszenie czynności serca (tachykardia) o wartość większą, niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku;
 - 2) temperatura ciała powyżej 38,5°C lub poniżej 36°C;
 - 3) przyspieszenie częstości oddechów o wartość większą niż dwa odchylenia standardowe (SD) powyżej limitu normy dla danego wieku lub konieczność prowadzenia mechanicznej wentylacji niezależnie od schorzeń układu nerwowomięśniowego lub działania leków;
 - 4) liczba krwinek białych zwiększona lub zmniejszona poza przedział wartości prawidłowych dla danego wieku lub zawartość form niedojrzałych w rozmazie krwi ponad 10%.
 Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
15. **Tężec skutkujący leczeniem szpitalnym** – ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (*Clostridium tetani*), która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i skutkowała koniecznością leczenia szpitalnego.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

16. **Wścieklizna skutująca leczeniem szpitalnym** – ostra postać choroby zakaźnej skutująca koniecznością leczenia szpitalnego, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez potwierdzone w dokumentacji medycznej zakażenie wirusem wścieklizny (*Rabies virus*).
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
17. **Zakażenie wirusem HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w związku z wykonywanym zawodem)** – zakażenie potwierdzone dokumentacją, z której wynika że jest ono skutkiem przypadkowego ukłucia się igłą / skaleczenia podczas pełnienia obowiązków wynikających z wykonywania zawodu lekarza, lekarza stomatologii, pielęgniarki, sanitariusza, strażaka lub policjanta. Zdarzenie musi nastąpić w Okresie ubezpieczenia. Dodatkowo test w kierunku HIV wykonany bezpośrednio po tym zdarzeniu musi być negatywny, a serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy licząc od daty zdarzenia.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
18. **Zakażenie wirusem HIV/Human Immunodeficiency Virus lub rozpoznanie AIDS/Nabyty Zespół Niedoboru Odporności (w wyniku transfuzji krwi)** – zakażenie potwierdzone dokumentacją, wynikiem z przetoczenia zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musi mieć miejsce w Okresie ubezpieczenia. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
19. **Zgorzel gazowa skutująca leczeniem szpitalnym** – choroba spowodowana ciężką przyranną infekcją bakteriami z rodzaju *Clostridium*, ze znacznym miejscowym uszkodzeniem tkanek, wytwarzaniem gazu w tkankach i uogólnioną toksemią, skutująca leczeniem szpitalnym i potwierdzona charakterystycznymi objawami klinicznymi oraz wynikami badań bakteriologicznych lub immunologicznych.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
20. **Żółta gorączka** – choroba zakaźna wywołana wirusem z rodziny *Flaviviridae*. Rozpoznanie kliniczne musi być oparte na potwierdzeniu pobytu w regionie, w którym podejrzewano lub stwierdzono występowanie przypadków żółtej gorączki, wystąpieniu charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzeniu rozpoznania wynikami badań wirusologicznych lub immunologicznych.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

VII. Choroby inne

1. **Anemia aplastyczna** – przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię, trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej 2 z niżej wymienionych sposobów:
 - 1) przetaczanie preparatów krwiopochodnych;
 - 2) podawanie preparatów stymulujących szpik;
 - 3) podawanie preparatów immunosupresyjnych;
 - 4) przeszczepienie szpiku kostnego.
 Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii na podstawie wyniku biopsji szpiku kostnego. Definicja nie obejmuje wad wrodzonych oraz przypadków anemii aplastycznej w wyniku leczenia farmakologicznego, chemioterapii lub radioterapii.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się rozpoczęcie specjalistycznego leczenia w Okresie ubezpieczenia.
2. **Choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu** – ciężka postać choroby z pełnościennym, ziarniakowym zapaleniem jelita, przebiegająca z wytworzeniem przetok, niedrożnością lub perforacją jelita, potwierdzona charakterystycznym obrazem klinicznym oraz wynikami badania histopatologicznego lub immunologicznego.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
3. **Ciężkie oparzenia** – oparzenie czynnikami fizycznymi lub chemicznymi wymagające hospitalizacji i obejmujące:
 - 1) powyżej 40% powierzchni ciała – dla oparzeń II stopnia oraz II i III stopnia łącznie lub
 - 2) co najmniej 20% powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia.
 Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajście Wypadku prowadzącego do powyższych następstw w Okresie ubezpieczenia.
4. **Cukrzyca o ciężkim przebiegu (typ 1)** – cukrzyca insulinozależna wymagająca stałego i regularnego podawania insuliny. Warunkiem uznania zasadności Świadczenia jest:
 - 1) podawanie insuliny potwierdzone przez specjalistę diabetologa;
 - 2) potwierdzenie diagnozy przez specjalistę diabetologa.
 Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
5. **Masywny zator tętnicy płucnej leczony operacyjnie** – masywny zator tętnicy płucnej, w którym wymagane jest usunięcie świeżej skrzepliny z pnia tętnicy płucnej poprzez jego nacięcie (tzw. embolektomia chirurgiczna) w trakcie zabiegu operacyjnego wykonanego w trybie pilnym z powodu ostrego zatoru tętnicy płucnej.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.
6. **Pierwotne płucne nadciśnienie tętnicze (PAH)** – choroba będąca następstwem przerostu mięśniówki gładkiej naczyń tętniczych płuc oraz zmian (pogrubienia, włóknienia, martwicy) w ich błonie wewnętrznej i środkowej. Dla rozpoznania choroby niezbędne jest wystąpienie następujących parametrów podczas cewnikowania tętnicy płucnej:
 - 1) wzrost średniego ciśnienia >20 mmHg;
 - 2) naczyniowy opór płucny >2 WU (mmHg/L/min);
 - 3) ciśnienie zaklinowania we włosniczkach płucnych <15 mmHg.
 Definicja nie obejmuje nadciśnienia płucnego rozwijającego się wtórnie do istniejących chorób (wtórne nadciśnienie płucne).
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.

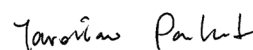
7. **Piorunujące zapalenie wątroby (ostra niewydolność wątroby)** – gwałtownie rozwijająca się masywna martwica komórek wątrobowych wywołana zapaleniem wątroby prowadząca bezpośrednio do niewydolności wątroby.
Rozpoznanie musi być ustalone na podstawie wystąpienia wszystkich poniższych warunków:
- 1) szybkiego zmniejszania się wątroby spowodowane uszkodzeniem jej mięszu;
 - 2) szybkiego narastania poziomu enzymów wskaźnikowych uszkodzenia komórki wątrobowej;
 - 3) nasilającej się żółtaczki;
 - 4) encefalopatii wątrobowej.
- Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
8. **Pourazowe uszkodzenie mózgu** – uszkodzenie tkanki mózgowej w wyniku Wypadku, potwierdzone badaniami neuroobrazowymi, skutkujące stwierdzonymi w badaniu klinicznym ograniczeniami samodzielnej egzystencji wyrażającymi się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum 3 z 5 podstawowych czynności życiowych dnia codziennego:
- 1) kąpiel: samodzielne (bez pomocy innych osób) umycie się w wannie lub pod prysznicem (wraz z wejściem do wanny lub pod prysznic i wyjściem z wanny lub spod prysznica) lub umycie się w inny sposób;
 - 2) ubieranie: samodzielne (bez pomocy innych osób) ubranie i rozebranie się, a także zakładanie i zdejmowanie wszelkiego rodzaju protez i aparatów ortopedycznych, jeśli istnieje konieczność ich używania;
 - 3) jedzenie: samodzielne (bez pomocy innych osób) spożycie gotowego posiłku;
 - 4) toaleta: samodzielne (bez pomocy innych osób) korzystanie z toalety bądź takie zachowanie kontroli nad jelitem grubym i pęcherzem moczowym, aby możliwe było utrzymanie higieny osobistej na satysfakcjonującym poziomie;
 - 5) poruszanie się: samodzielne (bez pomocy innych osób) poruszanie się z pokoju do pokoju po płaskiej powierzchni.
- Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajście Wypadku prowadzącego do powyższych następstw w Okresie ubezpieczenia.
9. **Przeszczep narządów** – przeszczepienie jednego z niżej wymienionych narządów lub zakwalifikowanie na listę biorców oczekujących na przeszczep: serca, płuca, wątroby, nerki, trzustki, jelita lub kombinacji tych narządów w trakcie tego samego zabiegu oraz szpiku kostnego po uprzedniej całkowitej ablacji (zniszczeniu) własnego szpiku biorcy.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zakwalifikowanie na listę biorców lub przeszczep w Okresie ubezpieczenia.
10. **Ropień mózgu leczony operacyjnie** – ropień mózgu, wymagający usunięcia chirurgicznego. Rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem histopatologicznym.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.
11. **Ropień płuca lub śródpiersia leczony operacyjnie** – ropień płuca lub śródpiersia, dla którego konieczne jest przeprowadzenie leczenia operacyjnego. Definicja nie obejmuje ropniaka opłucnej oraz przypadków ropnia wtórnego płuc powstających w przebiegu zabiegów diagnostyczno-lecniczych, takich jak: endoskopia, torakoskopia, chirurgiczne otwarcie klatki piersiowej, instrumentacja przełyku i dróg oddechowych oraz kaniulacja centralnych naczyń żylnych i tętniczych wewnątrz klatki piersiowej.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.
12. **Schyłkowa niewydolność nerek** – schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek oraz stanowiące bezwzględne wskazanie do przewlekłej dializoterapii lub przeszczepu nerek. Wymagane jest udokumentowanie rozpoczęcia przewlekłej dializoterapii (z podaniem daty przeprowadzenia pierwszej dializy) lub przeszczepu nerki lub udokumentowanie wpisania na listę biorców.
Definicja nie obejmuje: ostrej odwracalnej niewydolności nerek, przy której konieczna jest czasowa dializa oraz niewydolność jednej nerki.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się rozpoczęcie specjalistycznego leczenia w Okresie ubezpieczenia.
13. **Schyłkowa niewydolność oddechowa** – schyłkowe stadium choroby płuc powodującej przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami:
- 1) natężona objętość wydechowa jednosekundowa (FEV1) utrzymująca się na poziomie poniżej jednego litra w kolejnych badaniach;
 - 2) konieczność prowadzenia stałej terapii tlenem ze względu na hipoksemię;
 - 3) ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej (PaO2) równe lub niższe niż 55 mmHg;
 - 4) duszność spoczynkowa.
- Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza pulmonologa.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
14. **Schyłkowa niewydolność wątroby** – schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodująca co najmniej 1 z poniższych objawów:
- 1) wodobrzusze niepoddające się leczeniu;
 - 2) trwała żółtaczka;
 - 3) żylaki przełyku;
 - 4) encefalopatia wrotna.
- Definicja nie obejmuje przypadków chorób wątroby powstałych wskutek nadużywania alkoholu, substancji psychoaktywnych, leków.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
15. **Utrata kończyn** – całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana Wypadkiem. Nasza ochrona obejmuje także jednoczasową utratę obu rąk w obrębie nadgarstka albo powyżej lub obu stóp w obrębie stawów skokowych lub powyżej oraz utratę jednej ręki w obrębie nadgarstka lub powyżej nadgarstka oraz jednej stopy w obrębie stawów skokowych lub powyżej stawów.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajście Wypadku prowadzącego do powyższych następstw w Okresie ubezpieczenia.
16. **Utrata kończyny (wskutek choroby)** – amputacja co najmniej jednej kończyny wskutek choroby: w obrębie nadgarstka lub powyżej nadgarstka – w zakresie kończyn górnych: w obrębie stawów skokowych lub powyżej stawów - w zakresie kończyn dolnych.

- Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.
17. **Utrata mowy** – całkowita, trwała i nieodwracalna utrata funkcji mowy spowodowana nieodwracalnym uszkodzeniem krtani lub uszkodzeniem ośrodka mowy w mózgu w wyniku: Wypadku, rozrostu guza lub choroby, utrzymująca się przez minimum 6 kolejnych miesięcy. Definicja nie obejmuje przypadków: chorób spowodowanych zaburzeniami psychicznymi, czy utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
18. **Utrata słuchu** – trwała i nieodwracalna utrata słuchu w obu uszach, spowodowana chorobą lub Wypadkiem, wykazująca średni ubytek słuchu (badany dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz) przekraczający 90 dB w każdym uchu.
Definicja nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
19. **Utrata wzroku** – trwała i nieodwracalna obuoczna utrata ostrości wzroku, spowodowana chorobą lub Wypadkiem, poniżej 5/50 (0,1) lub obuoczne ograniczenie pola widzenia poniżej 20 stopni.
Definicja nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
20. **Utrata wzroku w jednym oku** – całkowita i nieodwracalna utrata wzroku w jednym oku spowodowana chorobą lub Wypadkiem, charakteryzująca się ostrością widzenia=0, z brakiem poczucia światła lub z poczuciem światła bez lokalizacji. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez lekarza okulistę.
Definicja nie obejmuje przypadków utraty wzroku możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
21. **Wrzodzące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu** – zapalenie jelita powodujące ostre, zagrażające życiu powikłania tej zapalnej choroby jelit, w którym wszystkie poniższe kryteria muszą być spełnione:
1) cała okrężnica została dotknięta masywnym krwawieniem lub nastąpiła perforacja okrężnicy; oraz
2) niezbędnym leczeniem ostrym była kolektomia całkowita lub proktokolektomia całkowita; oraz
3) rozpoznanie musi opierać się na dowodach histopatologicznych typowych dla wrzodzącego zapalenia jelita grubego i musi być potwierdzone przez specjalistę.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w Okresie ubezpieczenia.
22. **Zakażona martwica trzustki leczona operacyjnie** – zakażona martwica trzustki wymagająca wykonania pierwszorazowego zabiegu operacyjnego polegającego na laparotomii i nekrektomii, czyli usunięciu martwiczych tkanek okołotrzustkowych lub trzustki u osoby, u której rozpoznano zakażenie tych tkanek w przebiegu ostrego zapalenia trzustki. Definicja nie obejmuje przypadków martwicy trzustki wynikającej ze spożycia alkoholu.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.
23. **Zespół krótkiego jelita** – nieodwracalny stan po wycięciu części lub całości jelita cienkiego, w którym konieczne jest stałe żywienie pozajelitowo. Rozpoznanie choroby i jej nieodwracalność musi być potwierdzona przez gastroenterologa na podstawie: wywiadu medycznego, badania przedmiotowego (cech wyniszczenia i odwodnienia).
Definicja nie obejmuje przypadków, w których choroba doprowadzająca do wycięcia części lub całości jelita została zdiagnozowana przed rozpoczęciem odpowiedzialności.
Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w Okresie ubezpieczenia.

Katalog poważnych zachorowań zatwierdziliśmy uchwałą nr 140/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadziliśmy w życie z dniem 14 września 2025 r.



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



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

Katalog metod leczenia specjalistycznego stanowiący załącznik do Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących leczenia specjalistycznego ubezpieczonego

KATALOG METOD LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO		
Metoda Leczenia specjalistycznego	Wysokość Świadczenia (jako procent Sumy ubezpieczenia)	Definicja
1. Ablacja	100%	Zabieg kardiologiczny przeprowadzany przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej, który ma na celu usunięcie ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca. Za ablację uważa się również metodę usunięcia ogniska będącego źródłem zaburzeń rytmu serca przy użyciu niskiej temperatury (tzw. krioablację punktową albo balonową). Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień wykonania zabiegu.
2. Chemioterapia	100%	Metoda ogólnoustrojowego (leczenie systemowe) leczenia choroby nowotworowej preparatami chemioterapeutycznymi. Droga podania i rodzaj leku muszą być zastosowane według aktualnie obowiązujących schematów leczenia chorób nowotworowych. Definicja nie obejmuje przypadków leczenia hormonalnego nawet ze wskazań onkologicznych. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
3. Dializoterapia	100%	Metoda leczenia ostrej i krańcowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia pierwszej dializy.
4. Immunoterapia w stwardnieniu rozsianym (SM)	100%	Metoda leczenia stwardnienia rozsianego, należąca do terapii modyfikujących przebieg choroby (DMT – Disease-Modifying Therapies), działająca immunomodulująco lub immunosupresyjnie, czyli hamująca aktywność układu odpornościowego. Definicja nie obejmuje leczenia rzutów choroby, leczenia objawowego ani rehabilitacji neurologicznej. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
5. Leczenie chorób nienowotworowych metodą Gamma Knife lub CyberKnife	50%	Metoda leczenia następujących chorób nienowotworowych: neuralgia nerwu trójdzielnego, drżenie samoistne, malformacja naczyniowa. Definicja nie obejmuje zabiegów frakcjonowanych ani leczenia chorób pozaczaszkowych. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
6. Radioterapia	100%	Metoda stosowana w onkologii polegająca na zastosowaniu promieniowania jonizującego w celu leczenia chorób nowotworowych. Definicja obejmuje także leczenie za pomocą radioterapii stereotaktycznej, w tym Gamma Knife lub CyberKnife. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego.
7. Terapia genetyczna w leczeniu rdzeniowego zaniku mięśni (SMA)	100%	Terapia polegająca na farmakologicznej modulacji ekspresji genu SMN2 w celu zwiększenia produkcji funkcjonalnego białka SMN (Survival Motor Neuron). Terapia przeznaczona jest dla pacjentów z potwierdzonym molekularnie rozpoznaniem SMA i prowadzona jest zgodnie z obowiązującymi kryteriami klinicznymi. Definicja nie obejmuje terapii zastępczej genu SMN1 ani leczenia objawowego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
8. Terapia interferonowa	100%	Leczenie polegające na zastosowaniu interferonów w celu stymulowania odpowiedzi immunologicznej organizmu w procesie leczenia chorób: wirusowego zapalenia wątroby typu B (WZW B), wirusowego zapalenia wątroby typu C (WZW C). Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.


9.	Terapia radiojodem nienowotworowych chorób tarczycy	25%	Metoda leczenia polegająca na podaniu pacjentowi radioaktywnego jodu w celu zniszczenia nadczynnych komórek tarczycy. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
10.	Terapia przeciwwirusowa w leczeniu WZW typu B lub C	50%	Leczenie stosowane w przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu B (WZW B) lub wirusowego zapalenia wątroby typu C (WZW C), polegające na zastosowaniu leków przeciwwirusowych, które mają na celu całkowite zwalczanie wirusów lub zahamowanie replikacji wirusów odpowiedzialnych za te choroby. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
11.	Walwuloplastyka balonowa	100%	Zabieg polegający na wprowadzeniu balonu do zwężonej zastawki serca i jej rozszerzeniu, aby poprawić przepływ krwi. Definicja nie obejmuje przezskórnej implantacji zastawki ani leczenia niedomykalności zastawkowej. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
12.	Wartebroplastyka przy leczeniu naczyniaka kręgosłupa	50%	Zabieg polegający na wstrzyknięciu do zmienionego chorobowo trzonu kręgu cementu kostnego w celu leczenia naczyniaka kręgosłupa. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
13.	Wszczepienie implantu ślimakowego	50%	Operacja związana z umieszczeniem w ślimaku elektrody stymulacyjnej implant oraz umocowanie procesora wewnętrznego w łożu kostnej na powierzchni czaszki, w następstwie pogorszenia słuchu. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
14.	Wszczepienie kardiowertera/ defibrylatora	100%	Zabieg implantacji na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją defibrylacji lub kardiowersji. Definicja nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
15.	Wszczepienie pompy baklofenowej	25%	Operacja wszczepienia pompy pod skórę brzucha z wszczepieniem elastycznego cewnika biegnącego pod skórą do kanału kręgowego. Za pośrednictwem cewnika pompa kontroluje dozowanie leku, który hamuje objawy spastyczne po udarze mózgu, po uszkodzeniu rdzenia kręgowego. Definicja nie obejmuje zabiegów uzupełniania leku, kontroli systemu, jego programowania ani wymiany poszczególnych elementów. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
16.	Wszczepienie rozrusznika serca (stymulatora serca, kardiostymulatora)	100%	Zabieg implantacji na stałe urządzenia stymulującego serce, tzw. rozrusznika, bez funkcji defibrylacji, kardiowersji i synchronizacji skurczu serca. Definicja nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
17.	Wszczepienie stymulatora do głębokiej stymulacji mózgu	50%	Operacja wszczepienia cienkich elektrod stymulujących do głęboko położonych części mózgu. Wszczepione elektrody generują impulsy elektryczne modyfikujące działanie ośrodków nerwowych odpowiedzialnych za rozwój choroby, w przypadku leczenia choroby Parkinsona. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
18.	Wszczepienie stymulatora resynchronizującego	100%	Zabieg implantacji na stałe urządzenia stymulującego serce z funkcją synchronizacji skurczu serca lub z funkcją defibrylacji. Definicja nie obejmuje zabiegów repozycji, rewizji oraz wymiany elektrod i układu stymulującego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
19.	Wszczepienie systemu zastawkowego komorowo-otrzewnowego	25%	Operacja wszczepienia systemu drenów i zaworów, które kontrolują szybkość odsączania się płynu mózgowo-rdzeniowego i zapobiegają jego cofaniu z powodu wodogłowia będącego następstwem ropnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, guza ośrodkowego układu nerwowego lub krwotoku śródczaszkowego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.

20.	Zastosowanie trombektomii mechanicznej	100%	Zabieg chirurgiczny stosowany w leczeniu udaru niedokrwiennego mózgu, polegający na mechanicznym usunięciu niedrożności z tętnicy mózgowej w celu przywrócenia prawidłowego przepływu krwi do mózgu i zminimalizowania uszkodzeń mózgu. Definicja nie obejmuje leczenia trombolitycznego. Za dzień zajścia zdarzenia uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
-----	---	------	--

Katalog metod Leczenia specjalistycznego zatwierdziliśmy uchwałą nr 140/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadziliśmy w życie z dniem 14 września 2025 r.



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



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

Katalog sportów uprawianych wyczynowo, stanowiący załącznik do:

- 1) Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących operacji ubezpieczonego;**
- 2) Ogólnych warunków dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczących pobytu ubezpieczonego w szpitalu.**

KATALOG SPORTÓW UPRAWIANYCH WYCZYNOWO	
1. badminton	21. piłka: ręczna, siatkowa, koszykowa
2. baseball	22. piłka wodna
3. biathlon	23. pływanie
4. biegi długodystansowe	24. podnoszenie ciężarów
5. bilard	25. polo
6. curling	26. rolkarstwo i wrotkarstwo
7. futbol amerykański	27. rugby
8. gimnastyka akrobatyczna	28. saneczkarstwo, z wyłączeniem saneczkarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi
9. gimnastyka artystyczna	29. skateboarding
10. gimnastyka sportowa	30. snowboarding, z wyłączeniem snowboardingu poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi
11. golf	31. squash
12. hokej	32. szermierka
13. jeździectwo (z wyłączeniem wyścigów konnych)	33. taniec
14. kulturystyka	34. tenis stołowy
15. lekkoatletyka	35. tenis ziemny
16. łucznictwo	36. triathlon
17. łyżwiarstwo figurowe i szybkie	37. wakeboarding, z wyłączeniem akrobacji
18. narciarstwo alpejskie, z wyłączeniem narciarstwa poza wyznaczonymi trasami zjazdowymi, skoków i narciarstwa akrobatycznego	38. wieloboje lekkoatletyczne
19. narciarstwo biegowe	39. wioślarstwo
20. piłka nożna (w tym halowa)	40. żeglarstwo śródlądowe

Katalog sportów uprawianych wyczynowo zatwierdziłmy uchwałą nr 140/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadziliśmy w życie z dniem 14 września 2025 r.



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



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

Informacja do ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, zatwierdzonych uchwałą nr 139/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzonych w życie z dniem 14 września 2025 roku, sporządzona zgodnie z art. 17 Ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

RODZAJ INFORMACJI	NUMER JEDNOSTKI REDAKCYJNEJ OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3 ust. 2 § 5 § 6 § 9 § 14
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności ubezpieczyciela uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§10 § 21 ust. 12 OWU
3. Koszty oraz inne obciążenia potrącane ze składek ubezpieczeniowych, z aktywów ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych lub poprzez umorzenie jednostek uczestnictwa ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych	§ 12 tabela opłat, limitów i funduszy – załącznik nr 2 do OWUD
4. Wartość wykupu ubezpieczenia w poszczególnych okresach trwania ochrony ubezpieczeniowej oraz okres, w którym roszczenie o wypłatę wartości wykupu nie przysługuje	§ 14

OGÓLNE WARUNKI UMOWY DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA Z UBEZPIECZENIOWYM FUNDUSZEM KAPITAŁOWYM

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym mają zastosowanie w umowach dodatkowego ubezpieczenia zawieranych jako rozszerzenie umów ubezpieczenia zawartych na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. W niniejszych OWUD wymienionym poniżej terminom nadaje się znaczenie:
 - 1) **dzień roboczy** – dzień tygodnia od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy w rozumieniu ustawy o dniach wolnych od pracy oraz z wyłączeniem dni wolnych od pracy określonych przez Zarząd Spółki TUnŻ „WARTA” S.A. Informację o dniach wolnych od pracy ubezpieczyciel przekazuje ubezpieczającemu na jego żądanie;
 - 2) **fundusz** – wydzielona część aktywów ubezpieczyciela; fundusz, o którym mowa w niniejszych OWUD, stanowi ubezpieczeniowy fundusz kapitałowy w rozumieniu ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r.;
 - 3) **indywidualne konto inwestycyjne** – indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych i indywidualne konto inwestycyjne składek dodatkowych;
 - 4) **indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych** – część indywidualnego konta inwestycyjnego, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa zakupione za składki regularne;
 - 5) **indywidualne konto inwestycyjne składek dodatkowych** – część indywidualnego konta inwestycyjnego, na którym ewidencjonowane są jednostki uczestnictwa nabywane za składki dodatkowe;
 - 6) **nabycie jednostek uczestnictwa** – przeliczenie środków pieniężnych pochodzących ze składek regularnych i składek dodatkowych na jednostki uczestnictwa funduszu;
 - 7) **OWU** – ogólne warunki indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość;
 - 8) **OWUD** – ogólne warunki umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, stanowiące załącznik do OWU;
 - 9) **składka regularna** – składka, którą ubezpieczający opłaca z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w wysokości i terminach wskazanych w polisie z zastrzeżeniem, iż wysokość składki regularnej nie może być niższa niż minimalna kwota składki regularnej określona w tabeli opłat, limitów i funduszy;
 - 10) **składka dodatkowa** – składka, którą ubezpieczający opłaca z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia w dowolnych terminach w czasie obowiązywania umowy dodatkowego ubezpieczenia z zastrzeżeniem, iż wysokość składki dodatkowej nie może być niższa niż minimalna kwota składki dodatkowej określona w tabeli opłat, limitów i funduszy;
 - 11) **tabela opłat, limitów i funduszy** – załącznik nr 2 do OWUD zawierający informację o rodzajach, wysokości i trybie pobierania opłat oraz o limitach obowiązujących w umowie dodatkowego ubezpieczenia, a także listę funduszy;
 - 12) **umowa dodatkowego ubezpieczenia** – umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana na podstawie niniejszych OWUD;
 - 13) **wartość aktywów netto funduszu** – wartość aktywów funduszu pomniejszona o jego zobowiązania;
 - 14) **wartość dodatkowa polisy** – kwota równa wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek dodatkowych, która jest obliczona według ceny jednostki uczestnictwa;
 - 15) **wartość polisy** – kwota równa wartości jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym składek regularnych, która jest obliczona według ceny jednostki uczestnictwa;
 - 16) **wartość wykupu całkowitego** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku z rezygnacją ubezpieczającego z umowy dodatkowego ubezpieczenia, na zasadach określonych w §14;
 - 17) **wartość wykupu częściowego** – kwota, którą ubezpieczyciel wypłaca w związku ze złożeniem przez ubezpieczającego wniosku o dokonanie wykupu częściowego, na zasadach określonych w §14;
 - 18) **zasady działania funduszy** – załącznik nr 1 do OWUD, określający zasady funkcjonowania i strategię funduszy oferowanych przez ubezpieczyciela.

Zawarcie i czas trwania umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 2

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia, na podstawie wniosku podpisanego przez ubezpieczającego i ubezpieczonego doręczonego ubezpieczycielowi wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia i pod warunkiem zaakceptowania takiego wniosku przez ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający może złożyć wniosek o zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia tylko wraz z wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia.
3. Umowa dodatkowego ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie gdy ubezpieczający jest jednocześnie ubezpieczonym.
4. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres zgodny z okresem trwania umowy ubezpieczenia, z zastrzeżeniem ust. 5.
5. Umowa dodatkowego ubezpieczenia zawierana jest na okres nie dłuższy niż do najbliższej rocznicy polisy przypadającej po ukończeniu przez ubezpieczonego 70 lat.
6. Zawarcie umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel potwierdza w polisie.

Przedmiot i zakres umowy dodatkowego ubezpieczenia

§ 3

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest życie ubezpieczonego.
2. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel udziela ochrony ubezpieczeniowej w zakresie:
 - 1) śmierci ubezpieczonego
 - 2) dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu umowy ubezpieczenia.

Odpowiedzialność ubezpieczyciela

§ 4

1. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia rozpoczyna się w dniu wskazanym w polisie albo w innym dokumencie jako początek okresu ubezpieczenia, nie wcześniej jednak niż w dniu następnym po zapłaceniu pierwszej składki regularnej, o której mowa w § 7.
2. Odpowiedzialność ubezpieczyciela z tytułu zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia kończy się z dniem rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia lub wygaśnięcia odpowiedzialności z tytułu umowy ubezpieczenia.

Rozwiązanie umowy ubezpieczenia

§ 5

1. Ubezpieczający może odstąpić od umowy dodatkowego ubezpieczenia w ciągu:
 - 1) 30 dni, a w przypadku gdy ubezpieczający jest przedsiębiorcą - w ciągu 7 dni, od daty zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia;
 - 2) 60 dni od daty otrzymania po raz pierwszy informacji o której mowa w § 14 ust. 15.
2. Ubezpieczający może w każdym czasie wypowiedzieć umowę dodatkowego ubezpieczenia, bez podania przyczyny, ze skutkiem na dzień złożenia pisemnego zawiadomienia o wypowiedzeniu. Złożenie wypowiedzenia skutkuje dokonaniem wykupu całkowitego umowy dodatkowego ubezpieczenia, na zasadach określonych w § 14.
3. Ubezpieczający składa oświadczenie o odstąpieniu od umowy dodatkowego ubezpieczenia albo o wypowiedzeniu umowy dodatkowego ubezpieczenia pisemnie. Ubezpieczający może złożyć ww. oświadczenie poprzez złożenie wniosku o dokonanie wykupu całkowitego. Dzień złożenia wniosku o wykup całkowity jest wówczas odpowiednio dniem odstąpienia albo dniem złożenia wypowiedzenia.
4. Jeśli ubezpieczający odstąpi od umowy dodatkowego ubezpieczenia zgodnie z ust. 1 pkt 1), ubezpieczyciel, na podstawie oświadczenia złożonego przez ubezpieczającego, wypłaca kwotę w wysokości wartości wykupu całkowitego (na zasadach określonych w § 14), powiększoną o pobraną opłatę administracyjną i bez obciążania opłatą transakcyjną za czynności związane z procesem wykupu.
5. Jeśli ubezpieczający odstąpi od umowy dodatkowego ubezpieczenia zgodnie z ust. 1 pkt 2), ubezpieczyciel, na podstawie oświadczenia złożonego przez ubezpieczającego, wypłaca kwotę w wysokości wartości wykupu całkowitego (na zasadach określonych w § 14) z zastrzeżeniem, że na potrzeby obliczenia wartości wykupu ubezpieczyciel przyjmuje wartość indywidualnego konta inwestycyjnego, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa z dnia złożenia ubezpieczycielowi oświadczenia woli o odstąpieniu od umowy ubezpieczenia.

§ 6

1. Umowa dodatkowego ubezpieczenia rozwiązuje się na skutek:
 - 1) odstąpienia przez ubezpieczającego od umowy ubezpieczenia lub odstąpienia od umowy dodatkowego ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem odstąpienia, tj. z dniem złożenia właściwego oświadczenia,
 - 2) wypowiedzenia umowy ubezpieczenia lub umowy dodatkowego ubezpieczenia przez ubezpieczającego – z dniem złożenia ubezpieczycielowi przez ubezpieczającego wypowiedzenia umowy ubezpieczenia;
 - 3) śmierci ubezpieczonego – z dniem śmierci;
 - 4) niezapłacenia przez ubezpieczającego składki regularnej na zasadach określonych w § 10 OWU; w tym przypadku, ubezpieczyciel dokonuje wykupu całkowitego na zasadach określonych w § 14;
 - 5) złożenia wniosku o wykup całkowity – z dniem złożenia wniosku o wykup całkowity.
2. W przypadkach o których mowa w pkt 1)-4) wypłata wartości wykupu następuje na podstawie złożonego wniosku o wykup całkowity.

Składka

§ 7

1. Z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać składki regularne w wysokości określonej w polisie albo w innym dokumencie.
2. Składkę regularną z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczający jest zobowiązany wpłacać wraz ze składką regularną wynikającą z umowy ubezpieczenia i z tą samą częstotliwością.
3. Składka regularna opłacana z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia podlega indeksacji; poziom indeksacji składki regularnej ustalany jest w oparciu o wskaźnik indeksacji.
4. Dokonanie indeksacji składki regularnej z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia możliwe jest tylko w przypadku jednoczesnego dokonania indeksacji składki regularnej wynikającej z umowy ubezpieczenia.
5. W okresie zawieszenia składek regularnych ubezpieczający może wpłacać składkę dodatkową.
6. Wpłata na indywidualne konto inwestycyjne składek regularnych w okresie zawieszenia opłacania składek regularnych skutkuje zwrotem takiej wpłaty na rachunek, z którego nastąpiła.

§ 8

1. Każda wpłacona składka regularna i składka dodatkowa jest przeznaczona na nabycie jednostek uczestnictwa w funduszach, zgodnie z podziałem procentowym wskazanym przez ubezpieczającego oddzielnie dla składki regularnej i składki dodatkowej, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. Ubezpieczający może w dowolnym terminie transferować jednostki uczestnictwa pomiędzy funduszami oraz zmienić podział procentowy każdej następnej składki regularnej lub składki dodatkowej w poszczególnych funduszach.
3. Zmiana podziału procentowego obowiązuje od następnego dnia po złożeniu stosownego wniosku. Wniosek jest składany na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
4. Jeżeli suma procentowych udziałów poszczególnych funduszy wybranych przez ubezpieczającego w dyspozycji zmiany podziału procentowego nie jest równa 100%, dyspozycję ubezpieczającego uważa się za nieskuteczną i nie jest ona realizowana.
5. Transfer jednostek uczestnictwa polega na odliczeniu z co najmniej jednego funduszu, z którego transfer jest dokonywany, odpowiedniej (podlegającej transferowi) liczby jednostek uczestnictwa oraz nabyciu za otrzymaną w ten sposób kwotę, pomniejszoną o opłatę transakcyjną za transfer jednostek uczestnictwa między funduszami, zgodnie z tabelą opłat, limitów i funduszy, jednostek uczestnictwa w co najmniej jednym funduszu, do którego transfer jest dokonywany.
6. Zlecenia transferu jednostek uczestnictwa pomiędzy funduszami oraz zmiany podziału procentowego są zlecane oddzielnie dla indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych oraz indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych. Jeśli nie zostanie wskazane indywidualne konto inwestycyjne, dla którego ma być zrealizowane zlecenie, dyspozycję uważa się za nieskuteczną i nie jest ona realizowana.
7. Nie można dokonywać transferu między indywidualnym kontem inwestycyjnym składek regularnych a indywidualnym kontem inwestycyjnym składek dodatkowych.
8. Dokonując transferu, stosuje się ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące w najkrótszym możliwym terminie niezbędnym do dokonania transakcji umorzenia oraz nabycia jednostek uczestnictwa, nie później niż w 10. dniu roboczym od daty złożenia odpowiedniego wniosku, z zastrzeżeniem ust. 10-11.
9. Wniosek o transfer jest składany na formularzu przygotowanym przez ubezpieczyciela.
10. Jeżeli wniosek o transfer dotyczy funduszu, który znajduje się w okresie zawieszenia możliwości transferowania środków, o którym mowa w § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy, wówczas transferu z tego funduszu lub do tego funduszu dokonuje się według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej nie później niż w 10. dniu roboczym od daty przywrócenia możliwości realizacji zleceń danego funduszu.
11. Jeżeli wniosek o transfer został złożony w okresie, gdy ubezpieczyciel dokonuje wykupu częściowego, transferu lub nabycia jednostek uczestnictwa za składki regularne lub składki dodatkowe na podstawie wcześniej złożonych przez ubezpieczającego dyspozycji (w obrębie tych samych funduszy), to przy dokonywaniu transferu, o którym mowa powyżej stosuje się ceny jednostek uczestnictwa obowiązujące w najkrótszym możliwym terminie niezbędnym do dokonania transakcji umorzenia oraz nabycia jednostek uczestnictwa, nie później niż w 10. dniu roboczym od daty zrealizowania dyspozycji złożonych wcześniej przez ubezpieczającego.
12. Za każdą zmianę podziału procentowego lub transfer jednostek uczestnictwa pobierana jest opłata w wysokości określonej w tabeli opłat, limitów i funduszy.

Wyplata świadczenia

§ 9

1. Z tytułu śmierci ubezpieczonego ubezpieczyciel wypłaca uprawnionemu świadczenie w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym. Przy ustalaniu wysokości świadczenia, ubezpieczyciel przyjmuje wartość indywidualnego konta inwestycyjnego, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu śmierci ubezpieczonego i liczby jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym ubezpieczonego w tym dniu.
2. Z tytułu dożycia przez ubezpieczonego do końca okresu umowy ubezpieczenia, ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczonemu świadczenie w wysokości wartości wszystkich jednostek uczestnictwa zgromadzonych na indywidualnym koncie inwestycyjnym.
3. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 umowa dodatkowego ubezpieczenia ulega rozwiązaniu, a wszystkie jednostki uczestnictwa zapisane na indywidualnym koncie inwestycyjnym umarzone są według ceny obowiązującej w 3. dniu roboczym od daty rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia.
4. Ubezpieczyciel wypłaca świadczenie, o którym mowa w ust. 1 i 2, na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wypłatę świadczenia/zawiadomienia o zajściu zdarzenia.

Wyłączenia i ograniczenia odpowiedzialności ubezpieczyciela

§ 10

1. Jeżeli śmierć ubezpieczonego nastąpiła wskutek jednego z następujących zdarzeń:
 - 1) samookaleczenia lub okaleczenia ubezpieczonego na własną prośbę;
 - 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) skażenia jądrowego, chemicznego, biologicznego (w tym spowodowanego działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej) bądź napromieniowania,wówczas ubezpieczyciel wypłaca świadczenie w wysokości wartości wykupu całkowitego.
2. Wypłata świadczenia w wysokości wartości wykupu całkowitego, o której mowa w ust. 1, następuje na wniosek uprawnionego o wypłatę świadczenia. Na potrzeby ustalenia wartości wykupu całkowitego rozumie się dzień złożenia

do ubezpieczyciela wniosku o wypłatę świadczenia. Wartość wykupu całkowitego obliczana jest i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 14 z zastrzeżeniem że przy ustalaniu wysokości świadczenia, ubezpieczyciel przyjmuje wartość indywidualnego konta inwestycyjnego, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu śmierci ubezpieczonego i liczby jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym ubezpieczonego w tym dniu.

3. Odpowiedzialnością ubezpieczyciela z tytułu śmierci ubezpieczonego nie są objęte zdarzenia powstałe w wyniku popełnienia samobójstwa przez ubezpieczonego w ciągu pierwszych dwóch lat od daty zawarcia umowy ubezpieczenia.
4. Zatajenie lub podanie ubezpieczycielowi nieprawdziwych informacji przy zawieraniu umowy ubezpieczenia zwalnia ubezpieczyciela od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy kodeksu cywilnego.
5. W przypadkach, o których mowa w ust. 3-4 ubezpieczyciel wypłaca ubezpieczającemu albo spadkobiercom ubezpieczającego równowartość kwoty wykupu całkowitego. Wypłata równowartości kwoty wykupu całkowitego następuje na wniosek ubezpieczającego albo jego spadkobiercy, przy czym na potrzeby ustalenia wartości wykupu całkowitego przez dzień złożenia wniosku o dokonanie wykupu całkowitego rozumie się dzień złożenia do ubezpieczyciela wniosku przez ubezpieczającego albo jego spadkobiercę. Wartość wykupu całkowitego obliczana jest i wypłacana w terminie i na zasadach określonych w § 14 z zastrzeżeniem że przy ustalaniu wysokości świadczenia, ubezpieczyciel przyjmuje wartość indywidualnego konta inwestycyjnego, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu śmierci ubezpieczonego i liczby jednostek uczestnictwa znajdujących się na indywidualnym koncie inwestycyjnym ubezpieczonego w tym dniu.

Fundusze

§ 11

1. W związku z zawarciem umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi fundusze, spośród których każdy stanowi wydzieloną część aktywów ubezpieczyciela.
2. Ubezpieczający ma prawo wskazać więcej niż jeden spośród funduszy, w które będą inwestowane zarówno składki regularne z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia jak i składki dodatkowe wpłacane przez ubezpieczającego. Wskazanie powinno być określone procentowo, z dokładnością do 1%, przy czym wskazanie dla każdego z funduszy nie może wynosić mniej niż 10% zarówno dla składek regularnych jak i składek dodatkowych.
3. W ramach umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczyciel tworzy dla ubezpieczonego indywidualne konto inwestycyjne. Jednostki uczestnictwa funduszy są ewidencjonowane odrębnie dla każdego z funduszy na indywidualnym koncie inwestycyjnym.

Aktywa funduszy i opłaty

§ 12

1. Środki funduszy lokowane są zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.
2. Wartość aktywów funduszu jest ustalana z zachowaniem zasady ostrożności i zgodnie z przepisami ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, oraz z zasadami określonymi w przepisach o rachunkowości.
3. Wartość aktywów funduszu jest powiększana z tytułu wpłat składek regularnych i składek dodatkowych oraz z przychodów z lokat środków funduszu.
4. Wartość aktywów funduszu pomniejszana jest o kwoty wypłacane w trybie § 9, § 10 i § 14, opłaty wymienione w ust. 6 oraz należności wynikające z przepisów podatkowych. Wartość aktywów funduszu pomniejszana jest o opłaty związane z kosztami zarządzania funduszami w każdym dniu wyceny.
5. Wysokości oraz tryb pobierania opłat wymienionych w ust. 6 są określone są w tabeli opłat, limitów i funduszy.
6. Ubezpieczyciel pobiera z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia następujące opłaty:
 - 1) Opłatę administracyjną,
 - 2) Opłatę za zarządzanie funduszami,
 - 3) Opłaty transakcyjne:
 - a. za transfer jednostek uczestnictwa między funduszami
 - b. za zmianę podziału procentowego składki regularnej lub składki dodatkowej
 - c. za czynności związane z procesem wykupu częściowego lub wykupu całkowitego.
7. Opłata administracyjna pokrywa koszty związane z bieżącą obsługą umowy ubezpieczenia i administrowaniem indywidualnym kontem inwestycyjnym.
8. Opłata za zarządzanie funduszami pokrywa koszty zarządzania funduszami, a także koszty związane z bieżącą obsługą umowy ubezpieczenia.
9. Opłata transakcyjna za transfer jednostek uczestnictwa między funduszami pokrywa koszty czynności związanych z obsługą wniosku o dokonanie transferu.
10. Opłata transakcyjna za zmianę podziału procentowego składki regularnej lub składki dodatkowej pokrywa koszty czynności związanych z obsługą wniosku o zmianę podziału procentowego składki regularnej lub składki dodatkowej.
11. Opłata transakcyjna za czynności związane z procesem wykupu pokrywa koszty związane z obsługą dyspozycji wykupu częściowego lub wykupu całkowitego z indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych i indywidualnego konta inwestycyjnego składek dodatkowych.
12. Zawieszenie opłacania składek regularnych nie ma wpływu na wysokość i częstotliwość pobierania opłat.

Wycena i nabywanie jednostek uczestnictwa

§ 13

1. Jednostki uczestnictwa są wyceniane na podstawie aktualnej wartości aktywów netto funduszy.
2. Jednostki uczestnictwa są wyceniane w każdym dniu roboczym i dodatkowo w ostatnim dniu miesiąca kalendarzowego (jeżeli nie jest dniem roboczym), z zastrzeżeniem sytuacji, o której mowa w § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy.
3. Cenę jednostki uczestnictwa ustala się poprzez podzielenie aktualnej wartości aktywów netto funduszu przez liczbę jednostek uczestnictwa według stanu w dniu wyceny. Cena jednostki uczestnictwa ustalona zgodnie z powyższymi zasadami obowiązuje od dnia następnego po dniu, w którym dokonano wyceny do dnia, w którym dokonano kolejnej wyceny łącznie.
4. Jednostki uczestnictwa nabywa się według ceny obowiązującej w dniu przypadającym w 3. dniu roboczym od:
 - 1) późniejszej z dat: daty wpływu składki regularnej w pełnej wysokości na rachunek ubezpieczyciela lub daty wymagalności składki regularnej;
 - 2) daty wpływu składki dodatkowej na rachunek ubezpieczyciela; z zastrzeżeniem § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy.
5. Jednostki uczestnictwa są rejestrowane na indywidualnym koncie inwestycyjnym w terminie 7 dni roboczych od dnia, w którym ustalono cenę nabycia jednostki uczestnictwa.

Wykup ubezpieczenia

§ 14

1. Ubezpieczający, w każdym czasie trwania umowy ubezpieczenia ma prawo dokonać wykupu całkowitego lub wykupu częściowego z indywidualnego konta inwestycyjnego, przy czym wykup całkowity w ciągu 30 dni od daty zawarcia umowy dodatkowego ubezpieczenia jest równoznaczny z odstąpieniem od umowy dodatkowego ubezpieczenia.
2. Wykupu częściowego dokonuje się poprzez umorzenie ze wskazanego przez ubezpieczającego indywidualnego konta inwestycyjnego składek regularnych lub składek dodatkowych odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa funduszu wskazanego przez ubezpieczającego.
3. Wypłata wartości wykupu całkowitego lub częściowego następuje na podstawie złożonego ubezpieczycielowi wniosku o wykup, do którego ubezpieczający zobowiązany jest dołączyć dokumenty wskazane przez ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności i wysokości wykupu.
4. Jeżeli ubezpieczający nie wskazał indywidualnego konta inwestycyjnego składek, z którego ma zostać dokonany wykup częściowy, wykup nie jest realizowany.
5. Jeżeli ubezpieczający nie wskazał funduszu, z którego ma zostać dokonany wykup częściowy, wykupu dokonuje się poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy, w których ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa na wskazanym indywidualnym koncie inwestycyjnym. W przypadku zawieszenia możliwości dokonywania wykupów częściowych, o którym mowa w § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy, funduszy, w których ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa, wykupu częściowego dokonuje się poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy, których zawieszenie nie dotyczy.
6. Jeżeli wartość wykupu częściowego w odniesieniu do danego funduszu wskazanego przez ubezpieczającego we wniosku jest wyższa niż wartość jednostek uczestnictwa danego funduszu to wykup częściowy jest realizowany do równowartości 100% wartości jednostek wskazanego funduszu.
7. Wykup częściowy traktowany jest jako wykup całkowity i skutkuje rozwiązaniem umowy dodatkowego ubezpieczenia, jeżeli polega on na umorzeniu wszystkich jednostek uczestnictwa z ostatniego funduszu, w którym ubezpieczający posiadał jednostki uczestnictwa.
8. Ustalając wartość wykupu całkowitego i wartość wykupu częściowego, ubezpieczyciel przyjmuje wartość indywidualnego konta inwestycyjnego, obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w 3. dniu roboczym od dnia rozwiązania umowy dodatkowego ubezpieczenia albo złożenia wniosku o wykup częściowy, z zastrzeżeniem ust. 9-10 oraz § 5 ust. 5 oraz § 9 ust. 1, § 10 ust. 2 i 5.
9. Jeżeli wniosek o wykup całkowity lub wykup częściowy został złożony w okresie, gdy ubezpieczyciel dokonuje transferu, którym mowa w § 8 lub wykupu częściowego, lub nabycia jednostek uczestnictwa za składkę regularną lub składkę dodatkową na podstawie wcześniej złożonych przez ubezpieczającego dyspozycji w obrębie tych samych funduszy, to przy ustalaniu wartości wykupu całkowitego albo wartości wykupu częściowego ubezpieczyciel przyjmuje wartość polisy lub wartość dodatkową polisy obliczoną według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w 3. dniu roboczym, od dnia zrealizowania wcześniej złożonych przez ubezpieczającego dyspozycji.
10. Jeżeli wniosek o wykup całkowity lub wykup częściowy dotyczy funduszu, który znajduje się w okresie zawieszenia możliwości dokonywania wykupów całkowitych i wykupów częściowych, o którym mowa w § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy, wówczas wykup całkowity lub wykup częściowy z tego funduszu dokonuje się według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w 3. dniu roboczym, licząc od daty przywrócenia możliwości realizacji zleceń danego funduszu.
11. Zamiana jednostek uczestnictwa na środki pieniężne następuje niezwłocznie, gdy ubezpieczyciel zaakceptuje wniosek o wykup całkowity lub wykup częściowy, z zachowaniem terminu, o którym mowa w ust. 8.
12. Kwotę składającą się na wartość wykupu całkowitego albo wartość wykupu częściowego uwzględniającą opłatę, o której mowa w § 12 ust. 11 ubezpieczyciel wypłaca w ciągu 20 dni od dnia złożenia wniosku wykup całkowity lub wykup częściowy.
13. W przypadku, o którym mowa w ust. 10 ubezpieczyciel wypłaca, w terminie o którym mowa w ust. 12, część wartości wykupu całkowitego lub wykupu częściowego wynikającą z umorzenia funduszy nie znajdujących się w okresie zawieszenia możliwości dokonywania wykupów całkowitych i wykupów częściowych, o którym mowa w § 2 ust. 8-10 zasad działania funduszy. Pozostałą część wartości wykupu całkowitego lub wykupu częściowego, z zastrzeżeniem ust. 5, ubezpieczyciel wypłaca, bez dodatkowej dyspozycji ubezpieczającego, w ciągu 14 dni od dnia, w którym przywrócona została możliwość realizacji zleceń danego funduszu.
14. W przypadku, gdy wartość indywidualnego konta inwestycyjnego jest niższa niż opłata transakcyjna za czynności związane z procesem wykupu całkowitego przyjmuje się, że opłata jest równa wartości indywidualnego konta inwestycyjnego.

15. Ubezpieczyciel powiadamia ubezpieczającego o aktualnej wartości wykupu, w tym o aktualnej wartości zgromadzonych środków na indywidualnym koncie inwestycyjnym na zasadach określonych w ustawie działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej.

Postanowienia końcowe

§ 15

1. Przejęcie obowiązku opłacania składek regularnych przez ubezpieczyciela, na podstawie umowy dodatkowego ubezpieczenia przejęcia opłacania składki regularnej w przypadku niezdolności do pracy ubezpieczonego nie dotyczy umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.
2. W okresie przejęcia opłacania składki regularnej przez ubezpieczyciela, zawieszeniu ulegają wpłaty składek regularnych z tytułu umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, a ubezpieczający może dokonywać wyłącznie wpłat składek dodatkowych.

§ 16

1. Ubezpieczyciel nie daje jakichkolwiek gwarancji dotyczących indywidualnego konta inwestycyjnego i wysokości świadczeń, które związane są z wartością jednostek uczestnictwa funduszy.
2. Ubezpieczający ponosi ryzyko inwestycyjne związane z inwestowaniem wpłacanych składek regularnych i składek dodatkowych.

§ 17

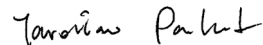
1. W sprawach nieuregulowanych umową dodatkowego ubezpieczenia mają zastosowanie postanowienia OWU, przepisy kodeksu cywilnego, ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz inne stosowne przepisy prawa.
2. Umowa dodatkowego ubezpieczenia stanowi integralną część umowy ubezpieczenia.

§ 18

OWDU zostały zatwierdzone uchwałą nr 139/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 14 września 2025 r.



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



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

Zasady działania funduszy

Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym

Postanowienia ogólne

§ 1

1. Postanowienia niniejszych zasad działania funduszy (zwanymi dalej zasadami) mają zastosowanie w umowie dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawieranej jako rozszerzenie umowy ubezpieczenia zawartej na podstawie ogólnych warunków indywidualnego ubezpieczenia na życie i dożycie Warta Bezpieczna Przyszłość.
2. Zasady określają cel i zasady funkcjonowania funduszy utworzonych w celu inwestowania środków pieniężnych pochodzących ze składek regularnych i składek dodatkowych zgodnie z OWUD.
3. W zasadach stosuje się postanowienia OWUD. Określenia, które zostały zdefiniowane w OWUD używane są w zasadach w takim samym znaczeniu.

Ogólne zasady funkcjonowania funduszy

§ 2

1. W związku z zawarciem umowy ubezpieczenia ubezpieczyciel prowadzi fundusze stanowiące wydzieloną dla każdego z funduszy część aktywów ubezpieczyciela.
2. Aktywa funduszy są inwestowane w celu zapewnienia długoterminowego wzrostu ich wartości przy jednoczesnym zachowaniu jak największego bezpieczeństwa i płynności.
3. Działalność lokacyjna w ramach funduszy jest prowadzona na rachunek i ryzyko ubezpieczającego.
4. Ubezpieczyciel ma prawo tworzyć nowe fundusze oraz zmieniać nazwy istniejących funduszy.
5. Ubezpieczyciel ma prawo do likwidacji funduszu w dowolnym czasie. Ubezpieczający jest informowany o likwidacji funduszu na co najmniej miesiąc przed terminem likwidacji wraz z podaniem dokładnej daty likwidacji funduszu oraz daty wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabywania jednostek uczestnictwa funduszu. Data wstrzymania realizacji zleceń (dyspozycji) nabywania jednostek uczestnictwa funduszu oznacza termin, od którego wyłącznie ubezpieczyciel będzie realizował wpływające od tego dnia zlecenia (dyspozycje) skutkujące nabyciem jednostek uczestnictwa likwidowanego funduszu poprzez nabywanie jednostek uczestnictwa innego funduszu wskazanego w informacji o likwidacji funduszu.
6. W okresie jednego miesiąca do daty likwidacji funduszu, ubezpieczający może dokonać bezpłatnego transferu 100% jednostek uczestnictwa likwidowanego funduszu do innego funduszu oraz zmiany podziału procentowego składki, jeżeli wcześniej podział procentowy uwzględniał likwidowany fundusz.
7. Z dniem likwidacji funduszu (w przypadku braku innych dyspozycji ubezpieczającego) jest dokonywany transfer środków zgromadzonych w ramach likwidowanego funduszu do funduszu wskazanego w informacji o likwidacji funduszu. Przy dokonywaniu transferu, o którym mowa powyżej, stosuje się następujące ceny jednostek uczestnictwa:
 - 1) przy umorzeniu jednostek uczestnictwa z funduszu likwidowanego – cenę według wyceny z dnia likwidacji funduszu;
 - 2) przy nabyciu jednostek uczestnictwa funduszu wskazanego w informacji o likwidacji funduszu – cenę obowiązującą w tym funduszu nie późniejszą niż obowiązującą w dziesiątym dniu roboczym od daty likwidacji funduszu.
8. Jeżeli nie ma możliwości realizacji zlecenia, wskutek wprowadzenia ograniczenia realizacji zleceń przez fundusze inwestycyjne, w które lokowane są środki funduszu objętego zleceniem ubezpieczającego, ubezpieczyciel może zawiesić możliwość dokonywania: nabyć jednostek uczestnictwa funduszu, transferu środków, wykupów częściowych i wykupów całkowitych do/z danego funduszu.
9. Jeżeli z przyczyn niezależnych od ubezpieczyciela nie można dokonać wiarygodnej wyceny istotnej części aktywów danego funduszu, ubezpieczyciel ma prawo zawiesić na dwa tygodnie możliwość dokonywania: nabyć jednostek uczestnictwa funduszu, transferu środków, wykupów częściowych i wykupów całkowitych do/z danego funduszu.
10. Ubezpieczyciel ma prawo zawiesić na dwa tygodnie możliwość dokonywania: nabyć jednostek uczestnictwa funduszu, transferu środków, wykupów częściowych i wykupów całkowitych z danego funduszu, jeżeli w okresie dwóch tygodni poprzedzających podjęcie decyzji przez ubezpieczyciela suma wartości umorzonych jednostek uczestnictwa danego funduszu oraz jednostek uczestnictwa, których umorzenia zażądano, stanowi kwotę przekraczającą 20% wartości aktywów danego funduszu.
11. Zlecenia, o których mowa w ust. 8 zostaną zrealizowane po przywróceniu możliwości ich realizacji zgodnie z trybem, w jakim fundusze inwestycyjne (w których są lokowane środki funduszu) będą nabywać oraz umarzać jednostki uczestnictwa.
12. Ubezpieczyciel poinformuje na stronie internetowej www.warta.pl o podjęciu decyzji o których mowa w ust. 8-10 oraz zasadach zawieszenia i realizacji zleceń.

Charakterystyka funduszu WARTA Bezpieczny

§ 3

1. Celem funduszu WARTA Bezpieczny jest zapewnienie długoterminowego, stabilnego wzrostu wartości aktywów przy zachowaniu ich realnej wartości, poprzez lokaty przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe w sposób umożliwiający minimalizację ryzyka przy optymalizacji poziomu rentowności lokat.
2. Portfel lokat funduszu WARTA Bezpieczny obejmuje dłużne papiery wartościowe, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Aktywa funduszu WARTA Bezpieczny mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:

- 1) papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski – od 0% do 100%;
 - 2) obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki – od 0% do 50%;
 - 3) obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków – od 0% do 50%;
 - 4) listy zastawne – od 0% do 30%;
 - 5) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane na depozytach bankowych.
4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
 5. Podstawowym kryterium doboru aktywów do portfela inwestycyjnego funduszu jest analiza ryzyka stopy procentowej oraz ryzyka kredytowego emitentów. Dodatkowym kryterium doboru lokat jest analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat zarządzający funduszem bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

Charakterystyka funduszu WARTA Papierów Dłużnych

§ 4

1. Celem funduszu WARTA Papierów Dłużnych jest zapewnienie długoterminowego, stabilnego wzrostu wartości aktywów przy zachowaniu ich realnej wartości, poprzez lokaty przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe w sposób umożliwiający minimalizację ryzyka przy optymalizacji poziomu rentowności lokat.
2. Portfel lokat funduszu WARTA Papierów Dłużnych obejmuje dłużne papiery wartościowe, w tym częściowo obligacje emitowane przez podmioty zagraniczne, denominowane w walutach obcych, przy czym znacząca część to obligacje korporacyjne i inne papiery obciążone ryzykiem kredytowym, a poza tym również jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne funduszy inwestycyjnych zamkniętych, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych, fundusze typu ETF, depozyty bankowe. Fundusz może również zaciągać zobowiązania zabezpieczone papierami wartościowymi lub środkami pieniężnymi, takie jak pożyczki zabezpieczone papierami wartościowymi, warunkowa sprzedaż papierów wartościowych z przyrzeczeniem odkupu, pożyczki papierów wartościowych.
3. Aktywa funduszu WARTA Papierów Dłużnych mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
 - 1) papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski – od 0% do 100%;
 - 2) papiery wartościowe emitowane przez rządy lub banki centralne krajów innych niż Polska – od 0% do 50%;
 - 3) obligacje emitowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki – od 0% do 50%;
 - 4) obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków – od 0% do 70%;
 - 5) listy zastawne – od 0% do 30%;
 - 6) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane na depozytach bankowych;
 - 7) zobowiązania z tytułu transakcji, o których mowa w ust. 2 – od 0% do 30%.
4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować:
 - 1) jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych lub fundusze typu ETF, o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów;
 - 2) kredytowe instrumenty pochodne oraz instrumenty pochodne na stopę procentową, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu lub efektywnemu zarządzaniu portfelem.
5. W ramach funduszu mogą być zawierane transakcje na instrumentach pochodnych rynku walutowego w celu minimalizacji wahań wartości aktywów wynikających z ryzyka kursowego.
6. Podstawowym kryterium doboru aktywów do portfela inwestycyjnego funduszu jest analiza ryzyka stopy procentowej oraz ryzyka kredytowego emitentów. Dodatkowym kryterium doboru lokat jest analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat zarządzający funduszem bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

Charakterystyka funduszu WARTA Obligacji Rynków Wschodzących

§ 5

1. Celem funduszu WARTA Obligacji Rynków Wschodzących jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w dłużne papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy zachowaniu umiarkowanego poziomu ryzyka i ograniczaniu wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat funduszu WARTA Obligacji Rynków Wschodzących obejmuje dłużne papiery wartościowe, głównie denominowane w walutach obcych i emitowane przez podmioty z krajów uznawanych za Rynki Wschodzące, przy czym większość stanowią obligacje korporacyjne i inne papiery obciążone ryzykiem kredytowym (np. obligacje jednostek samorządu terytorialnego, listy zastawne), a poza tym również jednostki uczestnictwa, certyfikaty inwestycyjne funduszy inwestycyjnych zamkniętych, tytuły uczestnictwa funduszy zagranicznych, fundusze typu ETF, instrumenty pochodne oraz depozyty bankowe. Fundusz może również zaciągać zobowiązania zabezpieczone papierami wartościowymi lub środkami pieniężnymi, takie jak pożyczki zabezpieczone papierami wartościowymi, warunkowa sprzedaż papierów wartościowych z przyrzeczeniem odkupu, pożyczki papierów wartościowych.
3. Aktywa funduszu WARTA Obligacji Rynków Wschodzących mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
 - 1) dłużne papiery wartościowe takie jak obligacje i bony skarbowe, obligacje korporacyjne, obligacje jednostek samorządu terytorialnego czy listy zastawne, w tym denominowane w walutach obcych i emitowane przez podmioty z krajów uznawanych za Rynki Wschodzące – od 0% do 100%;
 - 2) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane na depozytach bankowych;
 - 3) zobowiązania z tytułu transakcji, o których mowa w ust. 2 – od 0% do 30%.

4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować
 - 1) jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych lub fundusze typu ETF, o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów;
 - 2) kredytowe instrumenty pochodne oraz instrumenty pochodne na stopę procentową, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu lub efektywnemu zarządzaniu portfelem.
5. W ramach funduszu mogą być zawierane transakcje na instrumentach pochodnych rynku walutowego w celu minimalizacji wahań wartości aktywów wynikających z ryzyka kursowego.
6. Podstawowym kryterium doboru aktywów do portfela inwestycyjnego funduszu jest analiza ryzyka kredytowego emitentów oraz ryzyka stopy procentowej. Dodatkowym kryterium doboru lokat jest analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat zarządzający funduszem bierze pod uwagę także sytuację makroekonomiczną oraz geopolityczną w kraju i na świecie.

Charakterystyka funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu

§ 6

1. Celem funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy zachowaniu optymalnego poziomu bezpieczeństwa i minimalizacji wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu obejmuje dłużne papiery wartościowe, akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych oraz depozyty bankowe.
3. Aktywa funduszu WARTA Stabilnego Wzrostu mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
 - 1) papiery wartościowe emitowane przez Skarb Państwa, Narodowy Bank Polski, jednostki samorządu terytorialnego lub ich związki – od 0% do 100%;
 - 2) obligacje przedsiębiorstw i banków oraz certyfikaty depozytowe banków – od 0% do 50%;
 - 3) listy zastawne – od 0% do 30%;
 - 4) akcje dopuszczone do publicznego obrotu – od 0% do 30%;
 - 5) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane na depozytach bankowych.
4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów.
5. W ramach limitów dotyczących akcji dopuszczonych do publicznego obrotu, aktywa mogą obejmować instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu, przy czym ich udział nie może przekraczać 5% wartości aktywów funduszu.
6. Podstawowymi kryteriami doboru akcji jest analiza fundamentalna oraz analiza techniczna. Podstawowymi kryteriami doboru instrumentów dłużnych jest analiza ryzyka stopy procentowej, analiza ryzyka kredytowego emitentów, oraz analiza trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

Charakterystyka funduszu WARTA Akcji Polskich 2

§ 7

1. Celem funduszu WARTA Akcji Polskich 2 jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy akceptowaniu wysokiego poziomu ryzyka i wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat funduszu WARTA Akcji Polskich 2 obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu, głównie na Giełdzie Papierów Wartościowych w Warszawie (GPW), jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne funduszy inwestycyjnych zamkniętych, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych, fundusze typu ETF, dłużne papiery wartościowe oraz depozyty bankowe. Fundusz może również zaciągać zobowiązania zabezpieczone papierami wartościowymi lub środkami pieniężnymi, takie jak pożyczki zabezpieczone papierami wartościowymi, warunkowa sprzedaż papierów wartościowych z przyrzeczeniem odkupu, pożyczki papierów wartościowych.
3. Aktywa funduszu WARTA Akcji Polskich 2 mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
 - 1) akcje dopuszczone do publicznego obrotu – od 0% do 100%;
 - 2) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane w płynnych instrumentach dłużnych i rynku pieniężnego, takich jak: obligacje skarbowe, bony skarbowe, depozyty bankowe.
 - 3) zobowiązania z tytułu transakcji, o których mowa w ust. 2 – od 0% do 30%.
 Dopuszcza się przejściowo redukcję zaangażowania w akcje nawet do 0%, jednak przez większość czasu zaangażowanie to jest bliskie maksymalnemu. W ramach tego zaangażowania fundusz może częściowo inwestować w akcje zagraniczne, jednak większość stanowią akcje notowane na GPW.
4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować:
 - 1) jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych lub fundusze typu ETF, o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów;
 - 2) instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu lub efektywnemu zarządzaniu portfelem.
5. W ramach funduszu mogą być zawierane transakcje na instrumentach pochodnych rynku walutowego w celu minimalizacji wahań wartości aktywów wynikających z ryzyka kursowego.

6. Podstawowymi kryteriami doboru lokat funduszu jest analiza ryzyka i trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

Charakterystyka funduszu WARTA Akcji Światowych 2

§ 8

1. Celem funduszu WARTA Akcji Światowych 2 jest zapewnienie długoterminowego, realnego wzrostu wartości aktywów, poprzez lokaty przede wszystkim w papiery wartościowe w sposób umożliwiający osiągnięcie jak największego stopnia rentowności lokat przy akceptowaniu wysokiego poziomu ryzyka i wahań wartości aktywów przypadających na jednostkę uczestnictwa.
2. Portfel lokat funduszu WARTA Akcji Światowych 2 obejmuje akcje dopuszczone do publicznego obrotu, jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne funduszy inwestycyjnych zamkniętych, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych, fundusze typu ETF, dłużne papiery wartościowe oraz depozyty bankowe. Fundusz może również zaciągać zobowiązania zabezpieczone papierami wartościowymi lub środkami pieniężnymi, takie jak pożyczki zabezpieczone papierami wartościowymi, warunkowa sprzedaż papierów wartościowych z przyrzeczeniem odkupu, pożyczki papierów wartościowych.
3. Aktywa funduszu WARTA Akcji Światowych 2 mogą być inwestowane w następujące rodzaje instrumentów finansowych, z zachowaniem poniższych limitów zaangażowania określonych jako procent aktywów:
 - 1) akcje dopuszczone do publicznego obrotu – od 0% do 100%;
 - 2) instrumenty oparte o rynki surowcowe – od 0% do 20%;
 - 3) wolne środki gotówkowe mogą być lokowane w płynnych instrumentach dłużnych i rynku pieniężnego, takich jak: obligacje i bony skarbowe, depozyty bankowe, w tym zagraniczne;
 - 4) zobowiązania z tytułu transakcji, o których mowa w ust. 2 – od 0% do 30%.Dopuszcza się przejściowo redukcję łącznego zaangażowania w akcje i instrumenty oparte o surowce nawet do 0%, jednak przez większość czasu zaangażowanie to jest bliskie 100%, przy czym w całości lub większości są to rynki zagraniczne.
4. W ramach powyższych limitów aktywa mogą obejmować:
 - 1) jednostki uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikaty inwestycyjne, tytuły uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych lub fundusze typu ETF, o profilu ryzyka odpowiadającym poszczególnym rodzajom wymienionych powyżej instrumentów;
 - 2) instrumenty pochodne m.in.: opcje, transakcje terminowe typu futures, transakcje zamienne, o ile służą zmniejszeniu ryzyka związanego z innymi aktywami funduszu lub efektywnemu zarządzaniu portfelem.
5. W ramach funduszu mogą być zawierane transakcje na pochodnych rynku walutowego w celu minimalizacji wahań wartości aktywów wynikających z ryzyka kursowego.
6. Podstawowymi kryteriami doboru lokat funduszu jest analiza ryzyka i trendów rynkowych. Podejmując decyzję o stopniu zaangażowania w poszczególne rodzaje lokat uwzględnia się także sytuację makroekonomiczną w kraju i na świecie.

Zasady dywersyfikacji aktywów i inne ograniczenia inwestycyjne funduszy

§ 9

1. Fundusz może lokować do 10% wartości swoich aktywów w papiery wartościowe wyemitowane przez jeden podmiot (w tym podmioty grupy kapitałowej). Ograniczenie to nie dotyczy papierów wartościowych wyemitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski, a także jednostek uczestnictwa funduszy inwestycyjnych, certyfikatów inwestycyjnych, tytułów uczestnictwa zagranicznych funduszy inwestycyjnych oraz funduszy typu ETF.
2. Jedna emisja papierów wartościowych wyemitowanych lub gwarantowanych przez Skarb Państwa lub Narodowy Bank Polski nie może stanowić więcej niż 40% aktywów funduszu.
3. Maksymalna wartość depozytów w jednym banku nie może przekroczyć 10% funduszy własnych banku.
4. Środki ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych nie będą lokowane w instrumenty typu contingent convertibles, tzn. obligacje kapitałowe, pożyczki podporządkowane lub inne instrumenty i umowy, w przypadku których, w razie wystąpienia określonego w warunkach emisji lub umowie zdarzenia inicjującego, emitent lub dłużnik dokonuje ich umorzenia, w formie odpisu trwałego albo odpisu tymczasowego obniżającego wartość nominalną instrumentu lub zobowiązania w całości lub w części, lub zamiany ich na akcje, lub też dokonuje umorzenia odsetek w całości lub części za dany okres odsetkowy lub wstrzymania ich wypłaty na czas nieoznaczony, jeżeli te obligacje kapitałowe, pożyczki podporządkowane, instrumenty lub umowy są emitowane lub zawierane przez dłużnika w celu ich zakwalifikowania lub już zostały zakwalifikowane do:
 - a) składników funduszy własnych składników funduszy własnych zgodnie z przepisami Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 575/2013 z dnia 26 czerwca 2013 r. w sprawie wymogów ostrożnościowych dla instytucji kredytowych i firm inwestycyjnych zmieniającego rozporządzenie (UE) nr 648/2012 (Dz. U. UE L 176 z 27.06.2013 r., str. 1, z późn. zm.) lub
 - b) środków własnych zgodnie z przepisami Rozporządzenia delegowanego Komisji (UE) 2015/35 z dnia 10 października 2014 r. uzupełniającego dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2009/138/WE w sprawie podejmowania i prowadzenia działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Wypłacalność II) (Dz. U. UE L 12 z 17.1.2015 r., str. 1, z późn. zm.).
5. O ile przewidują to charakterystyki poszczególnych ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych, celem ułatwienia efektywnego zarządzania lokatami ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego, mogą być zawierane umowy mające za przedmiot następujące rodzaje instrumentów pochodnych, w tym niewystandaryzowanych instrumentów pochodnych:
 - a) kontrakty terminowe (futures) na akcje, indeksy giełdowe, obligacje oraz stopy procentowe,
 - b) opcje na akcje oraz na indeksy giełdowe,
 - c) transakcje terminowe na stopy procentowe (Forward Rate Agreements),
 - d) transakcje wymiany (swapy) stóp procentowych (Interest Rate Swap) oraz ryzyka kredytowego (Credit Default Swap),
 - e) swapy walutowe (FX Swap),

- f) swapy walutowo-procentowe (Cross-Currency Interest Rate Swap).
6. Przy zawieraniu umów mających za przedmiot instrumenty pochodne, w celu ułatwienia efektywnego zarządzania lokatami ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego brane są pod uwagę następujące kryteria wyboru:
- a) profil ryzyka instrumentu pochodnego na tle profilu ryzyka funduszu,
 - b) płynność i dostępność instrumentu pochodnego.
7. Warunkiem zawarcia umowy mającej za przedmiot instrumenty pochodne, w celu ułatwienia efektywnego zarządzania lokatami ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego jest:
- a) profil ryzyka instrumentu pochodnego zgodny z profilem ryzyka aktywów funduszu,
 - b) w przypadku wystandaryzowanych instrumentów pochodnych - notowanie na rynku regulowanym lub zorganizowanym w Rzeczypospolitej Polskiej, państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż Rzeczpospolita Polska lub państwie należącym do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD),
 - c) w przypadku niewystandaryzowanych instrumentów pochodnych - zawarcie umowy z bankiem mającym siedzibę w Rzeczypospolitej Polskiej, państwie członkowskim Unii Europejskiej innym niż Rzeczpospolita Polska lub państwie należącym do Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD).
8. Inwestowanie środków ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych następuje zgodnie z ustawą o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (Dz. U. 2015 poz. 1844, z późn. zm.) oraz rozporządzeniem w sprawie szczególnych zasad związanych z lokowaniem przez zakład ubezpieczeń aktywów z umów ubezpieczenia na życie, w których ryzyko lokaty ponosi ubezpieczający (Dz. U. 2025 poz. 505, z późn. zm.).

§ 10

Ubezpieczyciel ma prawo do zmiany modelowej struktury aktywów funduszy oraz limitów zaangażowania w poszczególne klasy aktywów, w dowolnym czasie. Zmiana powyższa nie stanowi zmiany Ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Ubezpieczyciel informuje o zmianie modelowej struktury aktywów danego funduszu na co najmniej miesiąc przed wprowadzeniem planowanej zmiany wraz z podaniem dokładnej daty jej wprowadzenia. Wprowadzenie zmiany modelowej struktury aktywów nie powoduje wstrzymania realizacji zleceń dotyczących wskazanego funduszu.

Zasady wyceny środków wchodzących w skład funduszy

§ 11

1. Zasady wyceny lokat funduszy są ustalane zgodnie z wymogami wynikającymi z ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz z zasad określonych w przepisach o rachunkowości.
2. Lokaty, których ryzyko ponosi ubezpieczający, są wyceniane przez ubezpieczyciela według wartości godziwych, w rozumieniu przepisów o rachunkowości, a jeśli nie będzie to możliwe, według metody zapewniającej najbardziej wiarygodną i rzetelną wycenę wartości poszczególnych składników portfela aktywów.

§ 12

1. Opłaty transakcyjne związane z nabywaniem i zbywaniem aktywów funduszy a także z ich przechowywaniem, oraz należne podatki z tytułu przychodów z działalności lokacyjnej obciążające ubezpieczającego są rozliczane w ciężar aktywów funduszy, co znajduje odzwierciedlenie w wartości jednostki uczestnictwa, z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W przypadku ubezpieczeniowych funduszy kapitałowych wskazanych w § 7 i § 8, opłaty transakcyjne i związane z przechowywaniem aktywów, wymienione w ust. 1, oraz koszty ponoszone przez fundusze typu ETF (tzw. Total Expense Ratio) są uwzględnione w opłacie za zarządzanie.

§ 13

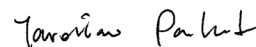
W sprawach nieuregulowanych w niniejszych zasadach mają zastosowanie postanowienia OWUD, na podstawie których umowa dodatkowego ubezpieczenia została zawarta.

§ 14

Zasady zostały zatwierdzone uchwałą nr 139/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzone w życie z dniem 14 września 2025 r.



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



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

Tabela opłat, limitów i funduszy

Załącznik nr 2 do Ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym

1. Opłaty

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty*		Tryb pobierania
Opłata administracyjna	0,17% rocznie		Opłata jest pobierana proporcjonalnie z każdego funduszu, w którym ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa (zarówno na koncie inwestycyjnym składki regularnej jak i koncie inwestycyjnym składki dodatkowych). Opłata obliczana jest jako iloczyn 1/12 stawki procentowej opłaty i wartości jednostek uczestnictwa określonego funduszu według stanu na pierwszy dzień kolejnego miesiąca ubezpieczeniowego**. Opłata dla danego funduszu jest pobierana za każdy miesiąc ubezpieczeniowy poprzez umorzenie liczby jednostek uczestnictwa o wartości odpowiadającej kwocie opłaty – według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w pierwszym dniu miesiąca ubezpieczeniowego następującego po miesiącu ubezpieczeniowym, za który opłata jest należna.
Opłata transakcyjna za czynności związane z procesem wykupu:	w związku z realizacją wykupu częściowego z indywidualnego konta inwestycyjnego składki dodatkowych	50 zł	Opłata jest pobierana poprzez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta inwestycyjnego składki regularnych lub indywidualnego konta inwestycyjnego składki dodatkowych podlegających wykupowi częściowemu.
	w związku z realizacją wykupu częściowego z indywidualnego konta inwestycyjnego składki regularnych	50 zł	
	w związku z realizacją wykupu całkowitego z indywidualnego konta inwestycyjnego w przypadku odstąpienia od umowy w terminie 60 dni od daty otrzymania pierwszej informacji, o której mowa w § 14 ust. 15 OWUD	250 zł nie więcej niż 4% wartości wykupu całkowitego	Opłata jest pobierana poprzez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta inwestycyjnego podlegających wykupowi całkowitemu.
Opłata transakcyjna za transfer jednostek uczestnictwa między funduszami:	w związku z realizacją wykupu całkowitego z indywidualnego konta inwestycyjnego	250 zł	Opłata jest pobierana poprzez odjęcie kwoty opłaty z wartości jednostek uczestnictwa z indywidualnego konta inwestycyjnego, opłata jest pobierana w przypadku rezygnacji z umowy ubezpieczenia w pierwszych 4 latach polisowych.
	transfer wykonany przez aplikację elektroniczną	brak opłaty	Opłata jest pobierana poprzez potrącenie z kwoty transferowanej.
Opłata transakcyjna za zmianę podziału procentowego składki regularnej lub składki dodatkowej:	transfer wykonany poza aplikację elektroniczną	20 zł	
	zmiana procentowa wykonana przez aplikację elektroniczną	brak opłaty	Opłata jest pobierana poprzez proporcjonalne umorzenie odpowiedniej liczby jednostek uczestnictwa ze wszystkich funduszy, w których ubezpieczający posiada jednostki uczestnictwa na indywidualnym koncie inwestycyjnym składki regularnych lub indywidualnym koncie inwestycyjnym składki dodatkowych (w zależności od tego, którego rodzaju składki zmiana dotyczy) o wartości odpowiadającej kwocie opłaty – według ceny jednostki uczestnictwa obowiązującej w dniu złożenia odpowiedniego wniosku.
zmiana procentowa wykonana poza aplikację elektroniczną	20 zł		

Rodzaj opłaty	Wysokość opłaty*		Tryb pobierania
Opłata za zarządzanie funduszami:	WARTA Bezpieczny	1,25% w skali roku	Opłata jest naliczana od wartości aktywów netto funduszu i pobierana przy każdej wycenie jednostek uczestnictwa z wartości aktywów netto funduszu.
	WARTA Papierów Dłużnych	1,50% w skali roku	
	WARTA Obligacji Rynków Wschodzących	1,60% w skali roku	
	WARTA Stabilnego Wzrostu	2,00% w skali roku	
	WARTA Akcji Polskich 2	2,00% w skali roku	
	WARTA Akcji Światowych 2	2,00% w skali roku	

* Na podstawie art. 33 ust. 5 ustawy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej z dnia 11 września 2015 r., wszystkie opłaty wyrażone kwotowo podlegają w dniu 1 maja każdego roku kalendarzowego indeksacji o publikowany przez GUS wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych w roku poprzedzającym rok, w którym następuje indeksacja, o ile wskaźnik ten przekroczy 0,5%.

** Z zastrzeżeniem, że jeżeli pierwszy dzień danego miesiąca ubezpieczeniowego przypada w okresie, gdy ubezpieczyciel dokonuje transferu na podstawie wcześniej złożonych przez ubezpieczającego dyspozycji, to opłata jest obliczana według wartości jednostek uczestnictwa określonego funduszu według stanu na dzień zrealizowania wcześniej złożonej przez ubezpieczającego dyspozycji transferu.

2. Minimalne wysokości składek:

Rodzaj limitu	Wysokość limitu
MINIMALNE WYSOKOŚCI SKŁADEK	
Składka regularna:	
- opłacana z częstotliwością miesięczną	50 zł
- opłacana z częstotliwością kwartalną	150 zł
- opłacana z częstotliwością półroczną	300 zł
- opłacana z częstotliwością roczną	600 zł
Składka dodatkowa:	250 zł

3. Lista funduszy

Ubezpieczeniowe fundusze kapitałowe, zwane funduszami, o alokacji aktywów zgodnie z § 3-8 Zasad działania funduszy:

L.p.	Nazwa Funduszu
1	WARTA Bezpieczny
2	WARTA Papierów Dłużnych
3	WARTA Obligacji Rynków Wschodzących
4	WARTA Stabilnego Wzrostu
5	WARTA Akcji Polskich 2
6	WARTA Akcji Światowych 2

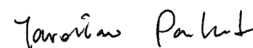
Ubezpieczyciel może tworzyć nowe fundusze i likwidować fundusze zgodnie z § 2 ust. 4-7 zasad działania funduszy stanowiących Załącznik nr 1 do Ogólnych warunków umowy dodatkowego ubezpieczenia ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym.

Zmiana nazwy ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego nie stanowi zmiany OWUD (Załącznika). Informacja o zmianie nazwy ubezpieczeniowego funduszu kapitałowego zamieszczana jest na stronie internetowej www.warta.pl.

Tabela opłat, limitów i funduszy została zatwierdzona uchwałą nr 139/2025 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. i wprowadzona w życie z dniem 14 września 2025 r.



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



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



KLAUZULA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

INFORMACJA ADMINISTRATORA DANYCH OSOBOWYCH

Warta dba o Pani/Pana dane, dlatego w trosce o ich bezpieczeństwo prosimy o zapoznanie się z klauzulą informacyjną dotyczącą ich przetwarzania.

	UBEZPIECZAJĄCY	UBEZPIECZONY
ADMINISTRATOR I DANE KONTAKTOWE	Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A. , z siedzibą w Warszawie, przy rondzie I. Daszyńskiego 1, 00-843 Warszawa („Warta”). Z administratorem można się kontaktować pisemnie pod adresem siedziby lub w sposób podany na stronie www.warta.pl .	
ZAKRES I ŹRÓDŁO DANYCH		Warta uzyskała Pani/Pana dane osobowe od Ubezpieczającego w związku ze złożonym przez Panią/Pana wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz z jej zawarciem.
CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH		Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 1) oceny ryzyka ubezpieczeniowego, w tym finansowego i medycznego oraz wylczenia składki ubezpieczeniowej służącej do przygotowania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. W przypadku niezawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 3 miesięcy od ostatniego dnia miesiąca, w którym bezzskutecznie upłynął termin do zapłaty składki ubezpieczeniowej.
		W celu oceny ryzyka Warta stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, dla której Warta ustaliła wysokość składki ubezpieczeniowej. Podstawą profilowania będą dane zawarte we wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia oraz dane zebrane na podstawie innych umów ubezpieczenia zawartych przez Panią/Pana z Wartą, jak również dane, w tym dane o stanie zdrowia, na podstawie złożonych przez Panią/Pana oświadczeń i dokumentów. Konsekwencją takiego przetwarzania będzie automatyczna decyzja dotycząca wysokości składki lub innych warunków umowy ubezpieczenia. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika.
		2) analizy potrzeb i wymagań, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do zakończenia okresów przedawnienia roszczeń.
		W celu analizy potrzeb i wymagań Warta stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, dla której Warta ustaliła zasady zawierania umów ubezpieczenia. Podstawą tych procesów będą dane zawarte w ankiecie badania potrzeb (APK). Konsekwencją takiego przetwarzania będzie rozpoznanie Pani/Pana zindywidualizowanych potrzeb i wymagań oraz zaproponowanie umowy ubezpieczenia, której charakter i zakres odpowiadają tym potrzebom i wymaganiom. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika.
		3) w przypadku produktu z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym – oceny odpowiedności ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnym na podstawie rekomendacji Komisji Nadzoru Finansowego dla zakładów ubezpieczeń dotyczących oceny odpowiedności ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnym oraz przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do zakończenia okresów przedawnienia roszczeń.
		W celu oceny odpowiedności ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnym Warta stosuje procesy oparte na zautomatyzowanym podejmowaniu decyzji wobec klientów, w tym profilowaniu, które wiążą się z oceną informacji przetwarzanych na Pani/Pana temat przez system informatyczny (bez wpływu człowieka) i z zaszeregowaniem Pani/Pana do określonej grupy, dla której Warta ustaliła zasady zawierania umów ubezpieczenia. Podstawą tych procesów będą dane zawarte w ankiecie odpowiedności. Analiza danych skutkuje oceną, czy umowa ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnym jest odpowiednia do Pani/Pana potrzeb, doświadczenia, wiedzy w dziedzinie ubezpieczeń na życie lub sytuacji finansowej. Może to skutkować ustaleniem, że dany produkt jest nieadekwatny – wówczas umowa ubezpieczenia może być zawarta jedynie na Pani/Pana indywidualne żądanie. Ma Pani/Pan prawo do zakwestionowania takiej decyzji, do wyrażenia własnego stanowiska lub do podjęcia decyzji przez pracownika.
		W przypadku zawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 1) obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną są przepisy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz niezbędność do wykonania umowy, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń;
		2) realizacji przepisów: a) ustawy o wymianie informacji podatkowych z innymi państwami (CRS), w tym identyfikowania zagranicznych rezydentów podatkowych i przekazywania informacji o ich rachunkach do Szefa Krajowej Administracji Skarbowej przez okres wynikający z tych przepisów;
		b) ustawy o wykonywaniu umowy między rządem Rzeczypospolitej Polskiej a rządem Stanów Zjednoczonych Ameryki w sprawie poprawy wypełniania międzynarodowych obowiązków podatkowych oraz wdrożenia ustawodawstwa FATCA, w tym identyfikowania amerykańskich rezydentów podatkowych i przekazywania informacji o ich rachunkach Szefowi Krajowej Administracji Skarbowej;
		c) ustawy o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (AML/CFT), w tym także w celu wypełnienia obowiązków tej ustawy w zakresie identyfikacji i weryfikacji tożsamości klientów.
	3) zapobiegania i wykrywania przestępczości – na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej przez 5 lat, a w przypadku osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą przez 10 lat od zawarcia umowy ubezpieczenia;	
	4) reasekuracji ryzyka – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. zmniejszenie ryzyka ubezpieczeniowego związanego z zawartą umową ubezpieczenia, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń dla obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia;	

CEL, PODSTAWA PRAWNA I OKRES PRZETWARZANIA DANYCH	5) windykacji i dochodzenia roszczeń oraz obrony praw Warty w postępowaniach przed sądami i organami państwowymi na podstawie prawnie uzasadnionych interesów Warty, tj. możliwości dochodzenia roszczeń lub obrony przed roszczeniami, do czasu upływu terminów przedawnienia roszczeń przysługujących Warcie bądź przedawnienia karalności czynu popełnionego na szkodę Warty;	
	6) marketingu własnych produktów lub usług Warty, w tym profilowania, w celu określenia preferencji lub potrzeb w zakresie produktów ubezpieczeniowych i finansowych oraz w celu przedstawienia odpowiedniej oferty, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. promowania własnych produktów lub usług Warty, do czasu wyrażenia przez Panią/Pana sprzeciwu wobec przetwarzania danych osobowych w tym celu;	
	7) obsługi zgłoszonego świadczenia, w tym wydania decyzji ubezpieczeniowej i wypłaty świadczenia, na podstawie umowy ubezpieczenia, przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz przepisów kodeksu cywilnego, do momentu wydania przez Wartę decyzji w przedmiocie wypłaty świadczenia, a także w celu rozpatrywania reklamacji (o ile zostanie złożona) – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po upływie tego okresu w celach archiwizacyjnych na wypadek zgłoszenia dodatkowych roszczeń, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. obrony przed roszczeniami, przez okres przedawnienia przysługujących Pani/Panu roszczeń;	
	8) ustalania wysokości składek ubezpieczeniowych, składek reasekuracyjnych oraz rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów wypłacalności i rezerw techniczno-ubezpieczeniowych dla celów rachunkowości, w tym w celach statystycznych, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, przez okres obowiązywania umowy w przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem lub zgłoszenia roszczenia oraz przez czas trwania ewentualnych postępowań sądowych związanych z dochodzeniem od Warty roszczeniem;	
	9) rachunkowym, na podstawie przepisów o rachunkowości, przez okres wskazany w tych przepisach, przedłużony o okres dochodzenia roszczeń;	
	10) oceny satysfakcji z usług Warty – na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. kontroli przebiegu i podnoszenie standardów realizowanych usług na podstawie zebranych przez Wartę opinii, przez okres obowiązywania umowy ubezpieczenia;	
	11) rozpatrywania wniosków, skarg i reklamacji innych niż związane z procesem likwidacji szkody – na podstawie przepisów o rozpatrywaniu reklamacji, a po tym okresie w celach archiwizacyjnych, na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, tj. kontroli prawidłowości prowadzenia tych postępowań.	
DO CZEGO PRZYSŁUGUJE PANI / PANU PRAWO	Przysługuje Pani/Panu prawo do:	
	1) dostępu do swoich danych – czyli uzyskania od Warty potwierdzenia, czy przetwarzane są Pani/Pana dane osobowe; uzyskania ich kopii oraz informacji m.in. o: celach przetwarzania, kategoriach danych, kategoriach odbiorców danych, planowanym okresie ich przechowywania i źródle ich pozyskania przez Wartę;	
	2) ich sprostowania – czyli poprawienia lub uzupełnienia dotyczących Pani/Pana danych osobowych, które są nieprawidłowe lub niekompletne;	
	3) ich usunięcia – w przypadkach wskazanych w art. 17 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych Osobowych, w szczególności w przypadku gdy dane osobowe nie są już niezbędne do celów, w których zostały zebrane, lub złożony został skuteczny sprzeciw wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych (o ile nie zakłada to realizacji umowy lub obowiązków Warty wynikających z przepisów prawa);	
	4) ograniczenia przetwarzania – czyli zaprzestania przetwarzania, w szczególności gdy kwestionuje Pani/Pan prawidłowość danych osobowych lub wnosi sprzeciw wobec ich przetwarzania – na okres pozwalający Warcie zweryfikować zasadność żądania;	
	5) przenoszenia swoich danych – czyli do uzyskania od Warty w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego Pani/Pana danych osobowych, które Pani Pan dostarczył(a) Warcie i które Warta przetwarza na podstawie Pani/Pana zgody lub na podstawie zawartej z Panią/Panem umowy; ponadto ma Pani/Pan prawo zażądać, aby Warta przesłała innemu administratorowi Pani/Pana dane osobowe, o ile jest to technicznie możliwe;	
	6) wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych ze szczególną sytuacją wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na podstawie prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez Wartę, w tym profilowania oraz do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania Pani/Pana danych osobowych na potrzeby marketingu bezpośredniego przez Wartę; pomimo sprzeciwu Warta jest uprawniona w dalszym ciągu do przetwarzania tych danych osobowych, jeżeli wykáže istnienie ważnych, prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń.	
	7) wniesienia skargi do organu nadzoru w zakresie danych osobowych (jest nim Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych).	
Jeżeli wyraził(a) Pani/Pan zgodę na przetwarzanie danych osobowych, ma Pani/Pan prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.		
Przysługuje Pani/Panu prawo do uzyskania interwencji ze strony pracownika Warty wobec decyzji opierającej się na zautomatyzowanym przetwarzaniu, do wyrażania własnego stanowiska i do zakwestionowania jej.		
DANE KONTAKTOWE INSPEKTORA OCHRONY DANYCH	W celu cofnięcia zgody lub skorzystania z przysługujących praw należy się skontaktować z inspektorem danych osobowych lub agentem. Kontakt z inspektorem jest możliwy drogą elektroniczną, poprzez: IOD@warta.pl, lub drogą pisemną pod adresem siedziby Warty podanym powyżej. Dane inspektora dostępne są na stronie internetowej: www.warta.pl w zakładce Kontakt. Kontakt z agentem jest możliwy osobiście lub drogą telefoniczną.	
ODBIORCY DANYCH	Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych mogą być: inne zakłady ubezpieczeń lub inne zakłady reasekuracji, Komisja Nadzoru Finansowego, organy administracji państwowej, o ile nie żądają udostępnienia w związku z toczącym się postępowaniem, a obowiązek udostępnienia danych wynika z przepisów prawa, dostawcy usług assistance będących przedmiotem ubezpieczenia, inne podmioty – w zakresie niezbędnym do wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia, Generalny Inspektor Informacji Finansowej, Szef Krajowej Administracji Skarbowej.	
	Ponadto Pani/Pana dane mogą być przekazywane podmiotom przetwarzającym dane osobowe na zlecenie administratora, m.in. dostawcom usług IT mającym siedzibę w Polsce lub na obszarze EOG, dostawcom usług archiwizacji dokumentacji, likwidacji szkód, podmiotom przetwarzającym dane w celu windykacji należności, kancelariom prawnym świadczącym wsparcie prawne, rzeczoznawcom medycznym, agencjom marketingowym czy też agentom ubezpieczeniowym obsługującym Pani/Pana umowę ubezpieczenia – przy czym takie podmioty przetwarzają dane na podstawie umowy z administratorem i wyłącznie zgodnie z poleceniami administratora.	
INNE ŹRÓDŁA POZYSKIWANIA DANYCH	Warta zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: inne zakłady ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; dostawcy usług assistance – w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług oraz inne podmioty – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.	Warta zbiera dane od podmiotów zewnętrznych, tj.: inne zakłady ubezpieczeń – w zakresie zgłoszonych zdarzeń; placówki medyczne – w zakresie informacji o stanie zdrowia, o ile została wyrażona zgoda; dostawcy usług assistance – w zakresie przebiegu i rezultatów wykonanych usług; oraz inne podmioty – w zakresie niezbędnym do oceny ryzyka, wykonania umowy lub oceny zgłoszonego roszczenia.
OBOWIĄZEK PODANIA DANYCH	Podanie danych jest niezbędne do zawarcia umowy, jak również może wynikać z przepisów prawa – brak podania tych danych może uniemożliwić zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych do celów marketingowych jest dobrowolne.	