

warta.



Ogólne Warunki Ubezpieczenia

WARTA EKSTRABIZNES PLUS



Czym jest Warta Ekstrabiznes Plus

- > Warta Ekstrabiznes Plus to grupowe ubezpieczenie na życie skierowane do pracodawców (ubezpieczających), którzy chcą zapewnić wsparcie w ochronie życia i zdrowia swoim pracownikom i ich najbliższym.
- > Zakres ochrony ustalamy wraz z ubezpieczającym na podstawie potrzeb ubezpieczeniowych pracowników.

Dlaczego należy przeczytać Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU)

Zanim przystąpisz do umowy ubezpieczenia grupowego, przeczytaj Ogólne Warunki Ubezpieczenia (OWU). Zostały one przygotowane po to, abyś w prosty i przejrzysty sposób mogła/mógł dowiedzieć się, jak działa nasza ochrona.

Jakie informacje znajdują się w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia:

- pojęcia i definicje, których używamy w umowie,
- zakres ochrony w ramach umowy podstawowej i umów dodatkowych,
- ograniczenia i wyłączenia naszej odpowiedzialności,
- sposoby realizacji świadczeń,
- prawa i obowiązki stron umowy ubezpieczenia.

To ważne, aby w pełni zrozumieć, na jakich zasadach chronimy życie i zdrowie w ramach udzielanej ochrony.

Kto jest kim w Ogólnych Warunkach Ubezpieczenia



Ty
osoba, która przystępuje do umowy ubezpieczenia, oraz współubezpieczeni



Ubezpieczający
podmiot, z którym zawieramy umowę grupowego ubezpieczenia na życie



My
Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” S.A.

Gdzie uzyskać dodatkowe informacje

- > U opiekuna polisy oraz w dostępnych materiałach informacyjnych.

Jeśli masz pytania, skontaktuj się z nami

502 308 308

Centrum Obsługi Klienta Warty
(opłata wg taryfy operatora).

Jak dołączyć do ubezpieczenia

- > Najlepiej przez eDeklarację – to szybki, prosty i najbardziej ekologiczny sposób.



1.

Zeskanuj kod QR lub wejdź na edeklaracja.warta.pl. Wypełnij formularz rejestracji konta: wpisz numer polisy i PINKOD (otrzymasz je od pracodawcy) oraz swoje dane osobowe. Dostaniesz na swoją skrzynkę mailową wiadomość z numerem eDeklaracji. Po wprowadzeniu numeru eDeklaracji zostanie wysłana wiadomość SMS z kodem autoryzacyjnym. Twoje konto zostanie aktywowane.

2.



Uzupełnij formularz przystąpienia do ubezpieczenia. Wprowadź dane dotyczące Twojego zatrudnienia i wybierz wariant ubezpieczenia.

3.



Wybierz odpowiednie **pakiety dodatkowe**, aby rozszerzyć zakres ochrony w zależności od Twoich preferencji.

4.



Jeśli chcesz, aby członkowie Twojej rodziny (małżonek/partner, pełnoletnie dziecko) mogli złożyć swoją deklarację przystąpienia do ubezpieczenia, podaj ich dane.

Pamiętaj, każdy z nich musi wypełnić swoją deklarację. Numer polisy i PINKOD są takie same.

5.



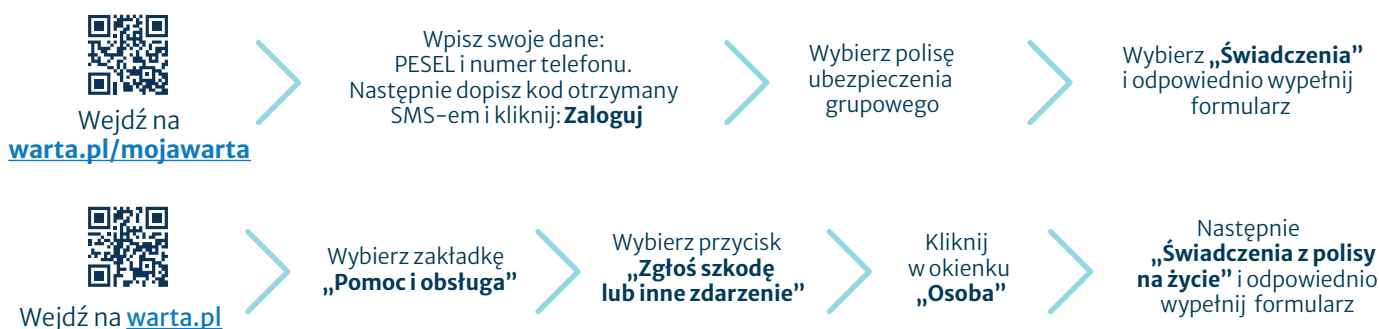
Na koniec zaznacz wymagane zgody, sprawdź treść oświadczeń (szczególnie tych o stanie zdrowia) i **potwierdź przystąpienie do ubezpieczenia**. Komunikatem „Sukces” na ekranie potwierdzimy, że Twoja deklaracja została poprawnie złożona do ubezpieczyciela.

Czym jest serwis warta.pl/mojawarta

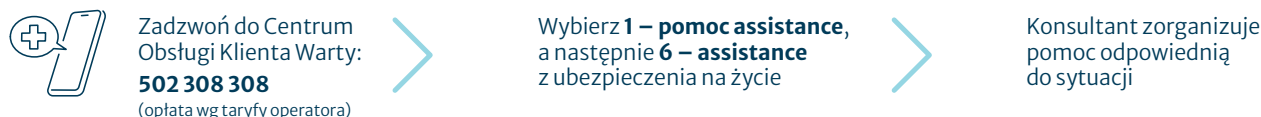
Moja Warta to serwis, w którym masz dostęp online do swojej polisy. Moja Warta to:

- wgląd w informacje o polisach i zakresie ochrony – wszystko w jednym miejscu, 24 h/7,
- weryfikacja tożsamości podczas dostępu do serwisu odbywa się online,
- zmiana danych kontaktowych i adresowych (np. numeru telefonu, adresu e-mail, adresu korespondencyjnego),
- zmiana danych osób uprawnionych lub partnera,
- możliwość sprawdzenia i aktualizacji danych osobowych,
- możliwość pobrania certyfikatu ubezpieczenia grupowego na życie,
- rejestracja i możliwość sprawdzenia statusu świadczenia,
- zmiana zakresu ochrony, zmiana pakietu dodatkowego oraz wariantu pakietu dodatkowego poprzez eDeklarację.

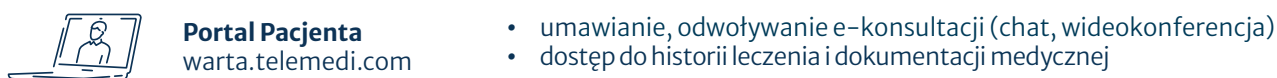
Jak zgłosić świadczenie



Jak skorzystać ze świadczeń w ramach Warty Opieka



Jak skorzystać ze świadczeń medycznych w ramach pakietów: Telezdrowie lub Zdrowie Psychiczne



Infolinia

222 722 722
(opłata wg taryfy operatora)

- umawianie i odwoływanie e-konsultacji, wizyt stacjonarnych i badań
 - pełne wsparcie informacyjne
- Czynne od 8.00 do 23.00 w dni robocze oraz od 8.00 do 20.00 w soboty, niedziele i święta.

Jeśli potrzebujesz drugiej opinii medycznej lub drugiej opinii medycznej onkologicznej



Centrum Operacyjne
22 458 46 47
(opłata wg taryfy operatora)



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 klauzulami informacyjnymi dotyczącymi ich przetwarzania.

	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 niego wnioskiem o zawarcie umowy ubezpieczenia, w tym przekazaniem listy osób przystępujących do umowy ubezpieczenia oraz deklaracją przystąpienia do umowy ubezpieczenia.
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 wyliczenia składki ubezpieczeniowej służącej do przygotowania wniosku o zawarcie umowy ubezpieczenia, na podstawie przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej. W przypadku nie zawarcia umowy ubezpieczenia Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez okres 3 miesięcy od ostatniego dnia miesiąca, w którym bezskutecznie 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, dane zawarte w deklaracji przystąpienia do umowy ubezpieczenia oraz dane zebrane na podstawie innych umów ubezpieczenia zawartych przez Panią/Pana z Wartą, lub w których jest Pani/Pan objęta(y) ochroną ubezpieczeniową, 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. W przypadku przystąpienia do dodatkowej umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, Pani/Pana dane osobowe będą przetwarzane przez Wartę w celu: 2) oceny odpowiedniości dodatkowej umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym na podstawie rekomendacji Komisji Nadzoru Finansowego dla zakładów ubezpieczeń dotyczących oceny odpowiedniości ubezpieczenia na życie z elementem inwestycyjnym oraz przepisów o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej, do zakończenia okresów przedawnienia roszczeń. W celu oceny odpowiedniości dodatkowej umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym, 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 przystępowania do umów ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym. Podstawą tych procesów będą dane zawarte w ankiecie odpowiedniości. Analiza danych skutkuje oceną, czy dodatkowa umowa ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym zawarta przez ubezpieczającego 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 przystąpienie do umowy ubezpieczenia z dodatkową umową ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym możliwe będzie 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: 3) obsługi i wykonania umowy ubezpieczenia – podstawą prawną są przepisy o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej oraz niezbędność do wykonania umowy ubezpieczenia, do czasu upływu okresów przedawnienia roszczeń;
	4) realizacji przepisów (w przypadku przystąpienia do dodatkowej umowy ubezpieczenia z ubezpieczeniowym funduszem kapitałowym): 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;
	5) 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;
	6) 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;
	7) 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;
	8) 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;
	9) 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;
	10) 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 ubezpieczenia w przypadku zajścia zdarzenia objętego ubezpieczeniem lub zgłoszenia roszczenia oraz przez czas trwania ewentualnych postępowań sądowych związanych z dochodzonym od Warty roszczeniem;
	11) rachunkowym, na podstawie przepisów o rachunkowości, przez okres wskazany w tych przepisach, przedłużony o okres dochodzenia roszczeń;
	12) 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 Pani/Pana ochrony ubezpieczeniowej;
	13) 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 ubezpieczenia 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 umowy ubezpieczenia w ramach, której jest Pani/Pan objęta(y) ochroną. 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 przetwarzać te dane osobowe, jeżeli wykáže istnienie ważnych, prawnie uzasadnionych podstaw do przetwarzania, nadrzędnych wobec interesów, praw i wolności osoby, której dane dotyczą, lub podstaw do ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń; 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 ubezpieczenia 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; 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 ubezpieczenia lub oceny zgłoszonego roszczenia.
OBOWIAZEK PODANIA DANYCH	Podanie danych jest niezbędne do zawarcia i przystąpienia do umowy ubezpieczenia, jak również może wynikać z przepisów prawa – brak podania tych danych może uniemożliwić zawarcie umowy ubezpieczenia. Podanie danych do celów marketingowych jest dobrowolne.

GRUPOWE UBEZPIECZENIE NA ŻYCIE „WARTA EKSTRABIZNES PLUS”

Ogólne Warunki Ubezpieczenia

Spis Treści

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie „Warta Ekstrabiznes Plus”

Postanowienia ogólne	3
Co oznaczają użyte przez nas zwroty	3
Co obejmujemy ochroną w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia	4
Jakie są zasady zawarcia Umowy ubezpieczenia	4
Czy jest możliwość utworzenia Wariantów ubezpieczenia w ramach Umowy ubezpieczenia	5
Czy jest możliwość utworzenia Pakietów dodatkowych w ramach Umowy ubezpieczenia	5
W jaki sposób można odstąpić od Umowy ubezpieczenia	5
W jaki sposób można rozwiązać Umowę ubezpieczenia	6
W jaki sposób ustalana jest Suma ubezpieczenia	6
Czy można wprowadzić zmiany w Umowie ubezpieczenia	6
Kto i w jaki sposób może przystąpić do Umowy ubezpieczenia oraz z niej wystąpić	6
Jak i kiedy można zgłosić lub zmienić Partnera	7
Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności	7
Jakie są zasady opłacania składki przez Ubezpieczającego	8
W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia	8
Kto jest Uprawnionym do otrzymania Świadczenia z tytułu Twojej śmierci	8
Jakie są zasady wypłaty Świadczenia	9
Czy jest możliwość kontynuowania ochrony po wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia	9
Czy Ubezpieczający może zostać zwolniony z wypłaty odprawy pośmiertnej	10
W jaki sposób można złożyć skargę lub reklamację	10
Postanowienia końcowe	10

ZABEZPIECZENIE W RAZIE ŚMIERCI UBEZPIECZONEGO

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące:

śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku	12
śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	14
śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	16
śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy	18
śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	21
śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy	23

ZABEZPIECZENIE W RAZIE WYPADKU UBEZPIECZONEGO

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące:

powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku	26
powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego	29
powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku przy pracy	32
trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku	35

ZABEZPIECZENIE W RAZIE CHOROBY UBEZPIECZONEGO

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące:

poważnego zachorowania ubezpieczonego	38
leczenia specjalistycznego ubezpieczonego	41
zachorowania ubezpieczonego na nowotwór złośliwy	44
zachorowania ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjnym	47
leczenia specjalistycznego onkologicznego ubezpieczonego	50
zachorowania ubezpieczonego na choroby sercowo-naczyniowe	53
dodatkowego wsparcia finansowego dla ubezpieczonego po zawale serca lub udarze mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym	56
leczenia specjalistycznego kardiologicznego ubezpieczonego	59
trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym	62
zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne	65
zachorowania ubezpieczonego na zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie	67

ZABEZPIECZENIE W RAZIE POBYTU W SZPITALU LUB OPERACJI UBEZPIECZONEGO

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące:

pobytu ubezpieczonego w szpitalu	70
operacji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku	76
operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku	80
operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego	83
operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy	86

ZABEZPIECZENIE W RAZIE NIEZDOLNOŚCI DO PRACY UBEZPIECZONEGO

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące:

niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby lub wypadku	89
niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku	92
niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku komunikacyjnego	94
niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku przy pracy	97
niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej	99
czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby lub wypadku	101

czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku	104
długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania	106
niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku	109

ŚWIADCZENIA MEDYCZNE UBEZPIECZONEGO

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące:

Warty Opieki	112
teleopieki kardiologicznej	128
telezdrowia	132
drugiej opinii medycznej ubezpieczonego	136
drugiej opinii medycznej onkologicznej ubezpieczonego	139
wsparcia w zdrowiu psychicznym ubezpieczonego	142

ZAKRES UBEZPIECZENIA DOTYCZĄCY MAŁŻONKA ALBO PARTNERA

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące:

śmierci małżonka albo partnera	145
śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku	147
śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego	149
śmierci małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu	152
śmierci małżonka albo partnera w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy	154
powstania u małżonka albo partnera trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku	157
powstania u małżonka albo partnera trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego	160
trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera w wyniku wypadku	163
poważnego zachorowania małżonka albo partnera	166
leczenia specjalistycznego małżonka albo partnera	169
zachorowania małżonka albo partnera na nowotwór złośliwy	172
zachorowania małżonka albo partnera na nowotwór w stadium przedinwazyjnym	175
powstania u małżonka albo partnera trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym	178
pobytu małżonka albo partnera w szpitalu	181
operacji małżonka albo partnera w wyniku choroby lub wypadku	187
operacji małżonka albo partnera w wyniku wypadku	191
operacji małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego	194
drugiej opinii medycznej małżonka albo partnera	197

ZAKRES UBEZPIECZENIA DOTYCZĄCY DZIECKA

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące:

urodzenia dziecka	200
urodzenia dzieci w wyniku ciąży mnogiej	202
urodzenia dziecka z niską punktacją w skali Apgar	204
urodzenia dziecka z wadą wrodzoną	206
urodzenia wnuka	208
śmierci dziecka	210
śmierci dziecka w wyniku wypadku	212
śmierci dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego	214
śmierci noworodka	217
osierocenia dziecka	219
powstania u dziecka trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku	222
poważnego zachorowania dziecka	226
leczenia specjalistycznego dziecka	229
pobytu dziecka w szpitalu	232
operacji dziecka w wyniku choroby lub wypadku	237
operacji dziecka w wyniku wypadku	240
operacji dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego	243
drugiej opinii medycznej dziecka	246

ZAKRES UBEZPIECZENIA DOTYCZĄCY RODZICA

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące:

śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera	249
śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku	251
śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego	254

ZAŁĄCZNIKI DO OGÓLNYCH WARUNKÓW DODATKOWEGO UBEZPIECZENIA:

Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku	257
Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym	269
Katalog poważnych zachorowań	273
Katalog poważnych zachorowań dziecka	283
Katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych	288
Katalog chorób sercowo-naczyniowych	290
Katalog metod Leczenia specjalistycznego	292
Katalog metod Leczenia specjalistycznego onkologicznego	294
Katalog metod Leczenia specjalistycznego kardiologicznego	295
Katalog metod Leczenia specjalistycznego Dziecka	296
Katalog zachorowań Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne	297
Katalog operacji	299
Katalog Powikłań operacji	307
Katalog Powikłań operacji Dziecka	310
Katalog Wad wrodzonych	312
Tabela stanów chorobowych uprawniających Ubezpieczonego do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej	314

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach grupowego ubezpieczenia na życie „Warta Ekstrabiznes Plus”

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2, § 3, § 16, § 17, § 19 OWU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 2, § 3, § 4 ust. 3–5 i ust. 7–10, § 9 ust. 5–6, § 11, § 12, § 13, § 15, § 16 ust. 8, § 21 ust. 6, ust. 11 i ust. 14 OWU

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie „Warta Ekstrabiznes Plus”

Podstawowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietów dodatkowych „Życie Plus” oraz „VIP”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie stosuje się w Umowach ubezpieczenia zawieranych pomiędzy Towarzystwem Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna a Ubezpieczającym.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

1. Użyte przez nas w OWU zwroty oznaczają:
 - 1) **Deklaracja przystąpienia** – udostępniony przez nas formularz, w formie papierowej lub za pomocą dedykowanej aplikacji elektronicznej, stanowiący Twoją zgodę na przystąpienie do Umowy ubezpieczenia wraz ze złożonymi oświadczeniami. Deklarację przystąpienia złożoną poprzez dedykowaną aplikację elektroniczną uważa się za dostarczoną do nas z chwilą jej zaakceptowania przez Ubezpieczającego;
 - 2) **Dni robocze** – wszystkie dni, z wyjątkiem sobót, niedziel oraz świąt określonych w Ustawie o dniach wolnych od pracy z dnia 18 stycznia 1951 r. z późn. zm.;
 - 3) **Dodatkowa umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawierana na podstawie OWDU. Dodatkowa umowa ubezpieczenia może być zawarta wyłącznie w przypadku zawarcia Podstawowej umowy ubezpieczenia;
 - 4) **Karencja** – okres, w którym nasza odpowiedzialność jest ograniczona;
 - 5) **Małżonek** – osoba w roli:
 - a) Ubezpieczonego, która w dniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia oraz w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Pracownikiem w związku małżeńskim lub
 - b) Współubezpieczonego, która w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego pozostawała z Tobą w związku małżeńskim;
 - 6) **OWU** – Ogólne warunki grupowego ubezpieczenia na życie;
 - 7) **OWDU** – Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia;
 - 8) **Pakiet dodatkowy** – określone w Umowie ubezpieczenia rozszerzenie zakresu ochrony ubezpieczeniowej. Pakiet dodatkowy może występować w kilku wariantach;
 - 9) **Partner** – osoba w roli:
 - a) Ubezpieczonego, która ukończyła 18. rok życia, wskazana przez Pracownika w Deklaracji przystąpienia jako osoba z nim niespokrewniona, pozostająca z Pracownikiem w nieformalnym związku i prowadząca z nim wspólne gospodarstwo domowe. Zarówno Pracownik, jak i Partner w dniu przystąpienia Partnera do Umowy ubezpieczenia, a także w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie mogą pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią lub
 - b) Współubezpieczonego, która ukończyła 18. rok życia, wskazana przez Ciebie w Deklaracji przystąpienia lub w deklaracji zmiany partnera jako osoba z Tobą niespokrewniona, pozostająca z Tobą w nieformalnym związku i prowadząca z Tobą wspólne gospodarstwo domowe. Zarówno Ty, jak i Twój Partner w dniu wskazania przez Ciebie Partnera, a także w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie możecie pozostawać w związku małżeńskim z osobą trzecią;
 - 10) **Pełnoletnie dziecko** – osoba w roli Ubezpieczonego będąca dzieckiem własnym Pracownika lub dzieckiem przysposobionym przez Pracownika, która w dniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia miała ukończony 18. rok życia;
 - 11) **Podstawowa umowa ubezpieczenia** – Umowa ubezpieczenia zawarta pomiędzy nami a Ubezpieczającym na podstawie OWU;
 - 12) **Polisa** – dokument ubezpieczenia potwierdzający zawarcie Umowy ubezpieczenia i określający jej warunki;

- 13) **Poprzednia umowa ubezpieczenia** – oznacza jedną lub więcej następujących po sobie poniższych ubezpieczeń na życie:
- a) umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta przez tego samego Ubezpieczającego z nami lub innym towarzystwem ubezpieczeniowym,
 - b) umowa grupowego ubezpieczenia na życie zawarta przez innego Ubezpieczającego z nami,
 - c) umowa kontynuowania ubezpieczenia na życie zawarta z nami.
- Aby umowa ubezpieczenia była uznana za Poprzednią umowę ubezpieczenia, przerwa między zakończeniem ochrony względem Ciebie w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia a przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia, nie może być dłuższa niż 31 dni;
- 14) **Pracownik** – osoba fizyczna, która jest:
- a) zatrudniona przez Ubezpieczającego na podstawie umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania lub umowy cywilnoprawnej, której przedmiotem jest osobiste świadczenie pracy na rzecz Ubezpieczającego,
 - b) wspólnikiem Ubezpieczającego lub członkiem zarządu spółki prawa handlowego będącej Ubezpieczającym,
 - c) osobą fizyczną prowadzącą działalność gospodarczą jako Ubezpieczający,
 - d) związana z Ubezpieczającym innym stosunkiem prawnym, który będzie zaakceptowany przez nas;
- 15) **Rocznica polisy** – dzień w każdym kolejnym roku trwania Umowy ubezpieczenia odpowiadający dniu wskazanym w Polisie jako początek okresu ubezpieczenia;
- 16) **Rok polisowy** – okres rozpoczynający się w dacie rozpoczęcia odpowiedzialności Umowy ubezpieczenia i kończący się w dniu poprzedzającym pierwszą Rocznicę polisy oraz każdy kolejny okres rozpoczynający się w Rocznicę polisy i kończący się w dniu poprzedzającym kolejną Rocznicę polisy;
- 17) **Suma ubezpieczenia** – kwota określona w Umowie ubezpieczenia, będąca podstawą do ustalenia wysokości Świadczenia;
- 18) **Świadczenie** – w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wypłacana kwota lub świadczenie spełniane przez nas na rzecz: Twoją, Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego;
- 19) **Ubezpieczający** – podmiot zatrudniający Pracowników, który zawarł z nami Umowę ubezpieczenia;
- 20) **Ubezpieczony (Ty)** – osoba przystępująca do Umowy ubezpieczenia, tj. Pracownik, Małżonek albo Partner lub Pełnoletnie dziecko Pracownika, których życie jest przedmiotem ubezpieczenia. Małżonek albo Partner jak i Pełnoletnie dziecko danego Pracownika mogą być Ubezpieczonymi tylko, jeśli Pracownik jest Ubezpieczonym;
- 21) **Umowa kontynuowania** ubezpieczenia na życie – zawierana przez Ciebie umowa indywidualna, w ramach której kontynuujesz ochronę ubezpieczeniową, jeżeli wystąpisz z Umowy ubezpieczenia;
- 22) **Umowa ubezpieczenia** – umowa grupowego ubezpieczenia na życie, której stronami jesteśmy my i Ubezpieczający, zawierająca w swym zakresie Podstawową umowę ubezpieczenia oraz wybrane Dodatkowe umowy ubezpieczenia, określająca Warianty ubezpieczenia i Pakiety dodatkowe;
- 23) **Uprawniony** – wskazana przez Ciebie osoba fizyczna lub podmiot, któremu w przypadku Twojej śmierci wypłacimy Świadczenie;
- 24) **Uprawniony zastępczy** – wskazana przez Ciebie osoba fizyczna lub podmiot, któremu w przypadku Twojej śmierci wypłacimy Świadczenie, jeżeli w chwili zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazany przez Ciebie Uprawniony nie żyje lub utracił prawo do Świadczenia;
- 25) **Wariant ubezpieczenia** – określony w Umowie ubezpieczenia zakres ochrony ubezpieczeniowej, obejmujący Podstawową umowę ubezpieczenia oraz wybrane Dodatkowe umowy ubezpieczenia;
- 26) **Warta (my)** – Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie „WARTA” Spółka Akcyjna;
- 27) **Współubezpieczony** – Twój Małżonek albo Partner, Rodzic, Rodzic Twojego Małżonka albo Partnera, Twoje Dziecko lub Wnuk, których zdrowie lub życie są przedmiotem ubezpieczenia w ramach poszczególnych Dodatkowych umów ubezpieczenia;
- 28) **Wypadek** – zdarzenie nagle, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym;
- 29) **Zdarzenie ubezpieczeniowe** – zdarzenie, wskazane w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, które wystąpiło w okresie naszej odpowiedzialności, objęte zakresem ubezpieczenia.

§ 3 Co obejmujemy ochroną w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia

1. Przedmiotem ubezpieczenia jest Twoje życie.
2. Zakres Podstawowej umowy ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Twoja śmierć, która nastąpiła w okresie obejmowania Cię przez nas ochroną ubezpieczeniową.
3. Zakres Podstawowej umowy ubezpieczenia za naszą zgodą można rozszerzyć o dodatkowe Zdarzenia ubezpieczeniowe poprzez zawarcie Dodatkowych umów ubezpieczenia.
4. W zależności od danej Dodatkowej umowy ubezpieczenia przedmiotem ubezpieczenia może być życie i zdrowie Twoje lub Twojego Współubezpieczonego.
5. Dodatkowe umowy ubezpieczenia stanowią integralną część Umowy ubezpieczenia.

§ 4 Jakie są zasady zawarcia Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia zawierana jest na roczny okres ubezpieczenia.
2. Do zawarcia Umowy ubezpieczenia, niezbędne jest przekazanie poniższych dokumentów:
 - 1) kompletnego wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia;
 - 2) imiennej listy osób przystępujących do Umowy ubezpieczenia;
 - 3) złożonych za pomocą dedykowanej aplikacji elektronicznej lub podpisanych Deklaracji przystąpienia przez osoby przystępujące do Umowy ubezpieczenia przed ich przystąpieniem;
 - 4) innych dokumentów uznanych przez nas za niezbędne do zawarcia Umowy ubezpieczenia.

3. W zależności od zakresu ochrony, wysokości Sum ubezpieczenia oraz wieku osób przystępujących, możemy dodatkowo wymagać dołączenia dokumentacji do oceny ryzyka ubezpieczeniowego, niezbędnej do zawarcia Umowy ubezpieczenia.
4. Jeżeli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia został wypełniony nieprawidłowo, jest niekompletny lub nie zostały przedłożone inne dokumenty uznane przez nas za niezbędne do zawarcia Umowy ubezpieczenia, wezwiemy Ubezpieczającego do uzupełnienia tego wniosku albo do sporządzenia nowego wniosku w dodatkowym terminie 14 dni kalendarzowych, licząc od daty otrzymania przez Ubezpieczającego wezwania. Jeżeli wniosek o zawarcie Umowy ubezpieczenia nie zostanie uzupełniony lub nie zostanie sporządzony nowy wniosek w powyższym terminie, Umowa ubezpieczenia może nie zostać zawarta.
5. Umowa ubezpieczenia jest zawarta w dniu oznaczonym w Polisie jako początek okresu ubezpieczenia.
6. Dodatkowe umowy ubezpieczenia zawierane są za naszą zgodą na wniosek Ubezpieczającego.
7. Mamy prawo odmówić zawarcia Umowy ubezpieczenia lub zaproponować zawarcie Umowy ubezpieczenia na warunkach innych niż określone we wniosku o zawarcie Umowy ubezpieczenia.
8. W porozumieniu z Ubezpieczającym możemy wprowadzić do Umowy ubezpieczenia postanowienia dodatkowe lub odmienne od ustalonych w OWU lub OWDU. Wszelkie odstępstwa od OWU lub OWDU zostaną potwierdzone w Polisie.
9. Umowa ubezpieczenia przedłuża się na kolejny Rok polisowy, jeżeli żadna ze stron nie złoży oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy ubezpieczenia w zakresie określonym tym oświadczeniem. Powyższe oznacza, że nieprzedłużeniu może ulec Umowa ubezpieczenia, poszczególne Warianty ubezpieczenia lub Pakiety dodatkowe. Przedłużenie Umowy ubezpieczenia może zostać dokonane na dowolną liczbę Lat polisowych.
10. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 9, powinno być doręczone drugiej stronie najpóźniej na miesiąc przed zakończeniem ochrony ubezpieczeniowej.

§ 5 Czy jest możliwość utworzenia Wariantów ubezpieczenia w ramach Umowy ubezpieczenia

1. Umowa ubezpieczenia może zawierać kilka Wariantów ubezpieczenia.
2. W przypadku utworzenia Wariantów ubezpieczenia, możesz:
 - 1) przystąpić tylko do jednego Wariantu ubezpieczenia;
 - 2) zmienić Wariant ubezpieczenia jeden raz w trakcie trwania Roku polisowego.
3. Zmiana Wariantu ubezpieczenia powoduje wystąpienie z Umowy ubezpieczenia i z poprzedniego Wariantu ubezpieczenia oraz przystąpienie do Umowy ubezpieczenia i nowego Wariantu ubezpieczenia. Zmiana będzie miała zastosowanie od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po złożeniu przez Ubezpieczającego informacji o osobach zmieniających Wariant ubezpieczenia wraz z Twoją deklaracją zmiany, podpisaną lub złożoną za pomocą dedykowanej aplikacji elektronicznej przed wnioskowaną datą zmiany. Informacja o osobach powinna być sporządzona przez Ubezpieczającego według stanu wiedzy na 1. dzień miesiąca, w którym zmiana ta ma nastąpić.
4. Jeżeli informacja od Ubezpieczającego lub Twoja deklaracja zmiany wpłynęła do nas po wnioskowanej dacie zmiany, zmiany te nastąpią od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym do nas wpłynęły, licząc od późniejszej z dat wpływu.

§ 6 Czy jest możliwość utworzenia Pakietów dodatkowych w ramach Umowy ubezpieczenia

1. Umowę ubezpieczenia można rozszerzyć o Pakiety dodatkowe.
2. Masz możliwość przystąpienia wyłącznie do jednego z wariantów danego Pakietu dodatkowego.
3. Przystąpić do Pakietu dodatkowego, zrezygnować z niego lub zmienić wariant Pakietu dodatkowego możesz w dowolnym momencie trwania Umowy ubezpieczenia.
4. Przystąpienie do Pakietu dodatkowego następuje po złożeniu przez Ciebie deklaracji przystąpienia/zmiany.
5. Zmiana wariantu Pakietu dodatkowego następuje poprzez wystąpienie z poprzedniego wariantu Pakietu dodatkowego w dniu poprzedzającym przystąpienie do nowego wariantu Pakietu dodatkowego po złożeniu przez Ciebie deklaracji przystąpienia/zmiany i nie wiąże się z wystąpieniem z Umowy ubezpieczenia.
6. Rezygnacja z Pakietu dodatkowego jest jednoznaczna z Twoim wystąpieniem z tego Pakietu z upływem ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, w którym otrzymaliśmy informację o rezygnacji.
7. Przystąpienie do Pakietu dodatkowego, rezygnacja z niego lub zmiana wariantu Pakietu dodatkowego będzie miała zastosowanie od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po złożeniu przez Ubezpieczającego informacji o osobach przystępujących do Pakietu dodatkowego, zmieniających wariant Pakietu dodatkowego lub rezygnujących z Pakietu dodatkowego wraz z ich deklaracjami przystąpienia/zmiany zawierającymi oświadczenia podpisane lub złożone za pomocą dedykowanej aplikacji elektronicznej przed wnioskowaną datą zmiany. Informacja o osobach powinna być sporządzona przez Ubezpieczającego według stanu wiedzy na 1. dzień miesiąca, w którym zmiana ta ma nastąpić.
8. Jeżeli informacja od Ubezpieczającego lub deklaracja zmiany wpłynie do nas po wnioskowanej dacie zmiany, zmiany te nastąpią od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym do nas wpłynęły, licząc od późniejszej z dat wpływu.

§ 7 W jaki sposób można odstąpić od Umowy ubezpieczenia

1. Ubezpieczający może odstąpić od Umowy ubezpieczenia w ciągu 30 dni, a w przypadku gdy jest przedsiębiorcą w ciągu 7 dni od daty zawarcia Umowy ubezpieczenia.
2. Odstąpienie od Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki za okres udzielanej przez nas ochrony ubezpieczeniowej.
3. Ubezpieczającemu, który odstąpił od Umowy ubezpieczenia, przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

§ 8 W jaki sposób można rozwiązać Umowę ubezpieczenia

- Umowa ubezpieczenia ulega rozwiązaniu na skutek:
 - odstąpienia od Umowy ubezpieczenia przez Ubezpieczającego;
 - wypowiedzenia Umowy ubezpieczenia;
 - złożenia przez jedną ze stron oświadczenia o nieprzedłużeniu Umowy ubezpieczenia, o którym mowa w § 4 ust. 9 – z upływem okresu ubezpieczenia;
 - nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki w dodatkowym terminie, o którym mowa w § 14 ust. 7 – z upływem dodatkowego terminu;
 - porozumienia stron Umowy ubezpieczenia – w terminie wskazanym w porozumieniu.
- Ubezpieczający może wypowiedzieć Umowę ubezpieczenia w każdym czasie na piśmie, z zachowaniem trzymiesięcznego okresu wypowiedzenia. Bieg terminu wypowiedzenia, rozpoczyna się 1. dnia miesiąca kalendarzowego, następującego po miesiącu, w którym otrzymaliśmy oświadczenie o wypowiedzeniu Umowy ubezpieczenia.
- Wypowiedzenie Umowy ubezpieczenia nie zwalnia Ubezpieczającego od obowiązku opłacenia składki za okres udzielanej przez nas ochrony ubezpieczeniowej.
- Ubezpieczającemu, który wypowiedział Umowę ubezpieczenia, przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.
- Rozwiązanie Umowy ubezpieczenia powoduje rozwiązanie Podstawowej umowy ubezpieczenia i wszystkich Dodatkowych umów ubezpieczenia.

§ 9 W jaki sposób ustalana jest Suma ubezpieczenia

- Suma ubezpieczenia ustalana jest przez strony Umowy ubezpieczenia przy jej zawieraniu.
- Suma ubezpieczenia może być wyrażona:
 - kwotowo albo
 - jako wielokrotność miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia brutto przysługującego Pracownikowi z tytułu umowy o pracę w miesiącu poprzedzającym przystąpienie do Umowy ubezpieczenia.
- Suma ubezpieczenia ustalana jest jednakowo dla wszystkich Ubezpieczonych w ramach danego Wariantu ubezpieczenia.
- Suma ubezpieczenia, wyrażona jako wielokrotność miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia brutto Pracownika, jest aktualizowana z 1. dnia miesiąca kalendarzowego odpowiadającym częstotliwości opłacania składki, następującym po miesiącu, w którym została dostarczona i zaakceptowana przez nas wymagana dokumentacja medyczna lub finansowa.
- Jeżeli Suma ubezpieczenia przekracza ustaloną przez nas Sumę ubezpieczenia, do której ze względu na ryzyko ubezpieczeniowe wymagamy dodatkowej oceny stanu zdrowia, obejmiemy Cię ochroną w ramach Wariantu ubezpieczenia grupy przejściowej określonego w Umowie ubezpieczenia. Ocena stanu zdrowia jest przez nas dokonywana na podstawie dodatkowej dokumentacji lub po przeprowadzeniu dodatkowych badań medycznych, których koszt pokryjemy.
- Jeżeli zaakceptujemy tę dokumentację, obejmiemy Cię ochroną w ramach wnioskowanego przez Ciebie Wariantu ubezpieczenia grupy docelowej. W przypadku braku naszej akceptacji albo w trakcie oczekiwania na naszą decyzję, zostaniesz objęty ochroną ubezpieczeniową w ramach Wariantu ubezpieczenia określonego w Umowie ubezpieczenia.

§ 10 Czy można wprowadzić zmiany w Umowie ubezpieczenia

- W porozumieniu z Ubezpieczającym możemy wprowadzić zmiany do Umowy ubezpieczenia.
- Wszelkie zmiany w Umowie ubezpieczenia wymagają formy pisemnej albo innej formy uzgodnionej z Ubezpieczającym.

§ 11 Kto i w jaki sposób może przystąpić do Umowy ubezpieczenia oraz z niej wystąpić

- Do Umowy ubezpieczenia możesz przystąpić, jeżeli:
 - w dniu przystąpienia do Umowy ubezpieczenia nie masz ukończonych 70 lat oraz
 - jesteś Pracownikiem, Małżonkiem albo Partnerem lub Pełnoletnim dzieckiem.
- Przed przystąpieniem do Umowy ubezpieczenia możemy skierować Cię na badania lekarskie, których koszt pokryjemy.
- Po ocenie ryzyka, możemy odmówić objęcia Cię ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia. Odmowę prześlemy Ubezpieczającemu.
- Obejmujemy Cię ochroną ubezpieczeniową od 1. dnia miesiąca, przed którym Ubezpieczający dostarczył nam listę osób przystępujących, na której się znajdujesz wraz z Twoją deklaracją przystąpienia. Deklarację możesz podpisać w formie papierowej przed Twoim przystąpieniem lub złożyć za pomocą dedykowanej aplikacji elektronicznej. Deklaracja papierowa powinna zostać podpisana nie wcześniej niż 3 miesiące przed objęciem ochroną ubezpieczeniową.
- Ochrona ubezpieczeniowa wobec Ciebie kończy się z upływem miesiąca, w którym Ubezpieczający dostarczył nam listę osób występujących, na której się znajdujesz. Osoby, których zatrudnienie ustało, powinny być wskazane na liście osób występujących z Umowy ubezpieczenia, z datą ostatniego dnia miesiąca kalendarzowego, za który przekazano składkę, nie później niż z datą ostatniego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym ustało zatrudnienie Pracownika.
- Listy osób przystępujących i występujących, Ubezpieczający sporządza według stanu wiedzy na 1. dzień miesiąca, w którym następuje Twoje przystąpienie do Umowy ubezpieczenia lub odpowiednio na ostatni dzień miesiąca, w którym następuje Twoje wystąpienie z Umowy ubezpieczenia.
- Jeżeli otrzymamy listę osób przystępujących lub Deklarację przystąpienia po wnioskowanej dacie objęcia Cię ochroną ubezpieczeniową, wówczas przystąpienie do Umowy ubezpieczenia następuje od 1. dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym wpłynęła lista osób przystępujących lub Deklaracja przystąpienia, licząc od późniejszej z dat wpływu ww. dokumentów.

8. Jeżeli otrzymamy listę osób występujących z Umowy ubezpieczenia, na której się znajdujesz po wnioskowanej dacie wystąpienia, wówczas Twoje wystąpienie z Umowy ubezpieczenia następuje z upływem miesiąca kalendarzowego, w którym wpłynęła do nas lista osób występujących.
9. Zgłoszenie Pracownika na liście osób występujących jest jednoznaczne z wystąpieniem ubezpieczonego Małżonka, Partnera oraz Pełnoletniego dziecka tego Pracownika.
10. Za osobę występującą z Umowy ubezpieczenia uważa się również osobę, która w okresie poprzedzającym wystąpienie z Umowy ubezpieczenia bądź przed wpływem listy osób występujących złożyła wniosek o zawarcie umowy kontynuowania ubezpieczenia na życie. Złożenie wniosku o zawarcie umowy kontynuowania ubezpieczenia na życie nie zwalnia Ubezpieczającego z obowiązku zgłoszenia ww. osoby jako występującej z Umowy ubezpieczenia.
11. Jeżeli w trakcie trwania Umowy ubezpieczenia ubezpieczony Małżonek, Partner lub Pełnoletnie dziecko zostaje zatrudniony przez Ubezpieczającego, przyjmuje się że została zachowana ciągłość ubezpieczeniowa wobec ww. osoby. Ubezpieczający jest zobowiązany do powiadomienia nas o tym fakcie.

§ 12 Jak i kiedy można zgłosić lub zmienić Partnera

1. Partner może przystąpić do Umowy ubezpieczenia jako Ubezpieczony wraz z Pracownikiem lub od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu zgłoszenia go jako Partnera.
2. Jeżeli zgłosisz Partnera jako Współubezpieczonego, takie zgłoszenie następuje począwszy od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu ww. zgłoszenia.
3. Wycofać zgłoszenie Partnera jako Współubezpieczonego możesz w każdym czasie trwania Umowy ubezpieczenia ze skutkiem od dnia, w którym otrzymaliśmy takie zgłoszenie.
4. Wskazać nowego Partnera jako Ubezpieczonego lub Współubezpieczonego, możesz nie częściej niż raz na 12 miesięcy, licząc od poprzedniego wskazania.
5. W przypadku zgłoszenia nowego Partnera jako Współubezpieczonego wskazanie poprzednio zgłoszonego Partnera staje się bezskuteczne od dnia nowego wskazania.

§ 13 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojej śmierci rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie, jeżeli Twoja śmierć została spowodowana Wypadkiem.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do Podstawowej umowy ubezpieczenia byłaś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała śmierć ubezpieczonego lub
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie Podstawową umowę ubezpieczenia,
 w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia, poprzednim Wariantcie ubezpieczenia lub poprzednim wariantcie Pakietu dodatkowego z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia, Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy grupowej w zakresie śmierci ubezpieczonego.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 6 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność wynikająca z Podstawowej umowy ubezpieczenia oraz wszystkich Dodatkowych umów ubezpieczenia, względem Ubezpieczonego będącego:
 - 1) Pracownikiem kończy się:
 - a) z dniem wystąpienia Pracownika z Umowy ubezpieczenia,
 - b) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym ustało zatrudnienie Pracownika u Ubezpieczającego, a w przypadku Ubezpieczającego będącego jednocześnie Ubezpieczonym z dniem zaprzestania wykonywania działalności gospodarczej,
 - c) z dniem śmierci Pracownika,
 - d) w przeddzień najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu ukończenia przez Pracownika 71 lat,
 - e) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym Pracownik rozpoczął urlop macierzyński, urlop wychowawczy lub urlop bezpłatny z zastrzeżeniem, że może pozostać objęty ochroną w ramach Umowy ubezpieczenia pod warunkiem, że Ubezpieczający będzie opłacał składkę za tę osobę;
 - 2) Małżonkiem kończy się:
 - a) z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej względem Pracownika,
 - b) z dniem wystąpienia Małżonka z Umowy ubezpieczenia,
 - c) z końcem miesiąca kalendarzowego, w którym ustał związek małżeński,
 - d) z dniem śmierci Małżonka,
 - e) w przeddzień najbliższej Roczniczy polisy przypadającej po dniu ukończenia przez Małżonka 71 lat;
 - 3) Partnera kończy się:
 - a) z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej względem Pracownika,
 - b) z dniem wystąpienia Partnera z Umowy ubezpieczenia,

- c) z końcem miesiąca, w którym otrzymaliśmy informację o zgłoszeniu przez Ciebie do Umowy ubezpieczenia nowego Partnera lub wycofaniu z Umowy ubezpieczenia Partnera,
- d) z dniem śmierci Partnera,
- e) w przeddzień najbliższej Rocznicy polisy przypadającej po dniu ukończenia przez Partnera 71 lat;
- 4) Pełnoletnim dzieckiem kończy się:
 - a) z dniem zakończenia ochrony ubezpieczeniowej względem Pracownika,
 - b) z dniem wystąpienia Pełnoletniego dziecka z Umowy ubezpieczenia,
 - c) z dniem śmierci Pełnoletniego dziecka.
- 6. Nasza odpowiedzialność względem Pracownika oraz jego Małżonka albo Partnera lub Pełnoletniego dziecka, może zostać przedłużona o 1 miesiąc po ustaniu zatrudnienia u Ubezpieczającego w przypadku miesięcznej częstotliwości przekazywania składek, pod warunkiem opłacenia składki za tego Pracownika oraz jego Małżonka albo Partnera lub Pełnoletniego dziecka.
- 7. Jeżeli umowa będąca podstawą zatrudnienia Pracownika u Ubezpieczającego zostanie rozwiązana, a następnie zostanie zawarta nowa umowa, na podstawie której Pracownik jest zatrudniony u Ubezpieczającego, nie później niż 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu rozwiązania poprzedniej umowy, przyjmuje się, że zatrudnienie u Ubezpieczającego nie ustało. W takim przypadku nasza odpowiedzialność nie wygasa i trwa nadal wobec danego Pracownika, jego Współubezpieczonych oraz Małżonka albo Partnera lub Pełnoletniego dziecka i ich Współubezpieczonych.

§ 14 Jakie są zasady opłacania składki przez Ubezpieczającego

1. Ubezpieczający zobowiązany jest do opłacania składki w wysokości ustalonej w Umowie ubezpieczenia za Podstawową umowę ubezpieczenia oraz Dodatkowe umowy ubezpieczenia. Wysokość składki należnej z tytułu Umowy ubezpieczenia równa jest sumie składek od wszystkich Ubezpieczonych w ramach tej Umowy ubezpieczenia.
2. Składka płatna jest miesięcznie, kwartalnie, półrocznie lub rocznie, zgodnie z wyborem Ubezpieczającego.
3. Wysokość składki należnej w ramach Umowy ubezpieczenia zależy od:
 - 1) zakresu ochrony ubezpieczeniowej;
 - 2) wysokości Sum ubezpieczenia dla Podstawowej umowy ubezpieczenia oraz Dodatkowych umów ubezpieczenia;
 - 3) częstotliwości płatności składki;
 - 4) liczby Ubezpieczonych, ich wieku oraz stanu zdrowia;
 - 5) charakteru wykonywanej pracy;
 - 6) innych czynników mogących mieć wpływ na ocenę ryzyka.
4. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić pierwszą składkę w terminie do ostatniego dnia 1. miesiąca obowiązywania Umowy ubezpieczenia.
5. Ubezpieczający zobowiązany jest zapłacić każdą następną składkę w terminie 20 dni kalendarzowych licząc od 1. dnia okresu, za który składka jest należna.
6. Za dzień wpłaty składki należnej uznaje się dzień wpływu składki w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia za wszystkich Ubezpieczonych na wskazany przez nas rachunek bankowy.
7. W przypadku nieopłacenia przez Ubezpieczającego składki w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia w terminie, o którym mowa w ust. 4 lub ust. 5, wezwiemy Ubezpieczającego do zapłaty składki w dodatkowym terminie nie krótszym niż 7 dni kalendarzowych od otrzymania przez niego pisma oraz powiadomimy go o skutkach nieopłacenia składki w dodatkowym terminie.
8. Jeżeli Ubezpieczający nie opłaci składki w dodatkowym terminie, możemy zawiesić odpowiedzialność z tytułu Umowy ubezpieczenia. W takim przypadku jesteśmy zwolnieni z obowiązku realizacji Świadczeń w okresie zawieszenia odpowiedzialności.
9. W związku z wygaśnięciem naszej odpowiedzialności, na zasadach przewidzianych w OWU, Ubezpieczającemu przysługuje zwrot składki za niewykorzystany okres ubezpieczenia.

§ 15 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu Podstawowej umowy ubezpieczenia w związku z:
 - 1) popełnieniem lub usiłowniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa w ciągu 2 lat od daty Twojego przystąpienia do Umowy ubezpieczenia;
 - 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.
2. Do okresu 2 lat w odniesieniu do popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa zaliczymy okres obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, pod warunkiem doręczenia nam na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia dokumentów potwierdzających okres trwania i zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego;
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia.

W przypadku zaliczenia okresu obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową, wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie.
3. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 2 lat liczony od daty podwyższenia, w odniesieniu do popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.

§ 16 Kto jest Uprawnionym do otrzymania Świadczenia z tytułu Twojej śmierci

1. W przypadku Twojej śmierci Świadczenie wypłacimy Uprawnionemu albo Uprawnionemu zastępczemu.
2. Możesz wskazać Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego do otrzymania Świadczenia zarówno przed zawarciem Umowy ubezpieczenia, jak i w każdym czasie jej obowiązywania.
3. Masz prawo, w każdym czasie obowiązywania Umowy ubezpieczenia, zmienić lub odwołać wskazanie Uprawnionych lub Uprawnionych zastępczych.
4. Wskazanie, odwołanie lub zmiana Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego obowiązuje od następnego dnia po otrzymaniu przez nas zgłoszenia.
5. Jeżeli wskażesz więcej niż jednego Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej ze wskazania procentowego udziału w Świadczeniu. Jeżeli nie wskażesz udziału tych osób przyjmujemy, iż udziały te są równe.
6. Jeżeli suma określonego przez Ciebie udziału procentowego w Świadczeniu nie jest równa 100%, ustalimy wysokość tych udziałów proporcjonalnie do określonego przez Ciebie wskazania.
7. Uprawnieni zastępczy otrzymają Świadczenie w przypadku, gdy wszyscy wskazani przez Ciebie Uprawnieni nie żyją, zostali odwołani lub utracili prawo do Świadczenia.
8. Jeżeli Uprawniony lub Uprawniony zastępczy umyślnie spowodował Twoją śmierć lub się do niej przyczynił, traci prawo do Świadczenia.
9. Jeżeli wskażesz więcej niż jednego Uprawnionego, w przypadku śmierci lub utraty prawa do Świadczenia jednego z nich, Świadczenie wypłaca się pozostałym Uprawnionym, zwiększając ich udziały proporcjonalnie do ich dotychczasowych udziałów w Świadczeniu. Zasada ta dotyczy również Uprawnionych zastępczych w przypadku utraty uprawnienia wszystkich wskazanych przez Ciebie Uprawnionych.
10. Jeżeli nie wskażesz Uprawnionego, Uprawnionego zastępczego albo gdy Uprawniony, Uprawniony zastępczy w dniu Twojej śmierci nie żyją lub utracili prawo do Świadczenia, osobami uprawnionymi do Świadczenia są członkowie Twojej rodziny, według następującej kolejności:
 - 1) małżonek;
 - 2) w równych częściach dzieci, jeżeli brak jest małżonka;
 - 3) w równych częściach rodzice, jeżeli brak jest małżonka i dzieci;
 - 4) w równych częściach inne osoby powołane do dziedziczenia po Tobie, jeżeli brak jest osób wymienionych w pkt 1–3.

§ 17 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Świadczenie z tytułu Zdarzeń ubezpieczeniowych dotyczących Twojej śmierci, wypłacamy Uprawnionemu albo Uprawnionemu zastępczemu.
2. Świadczenie z tytułu pozostałych Zdarzeń ubezpieczeniowych, należne jest Tobie.
3. Wysokości Świadczeń ustalone są w Umowie ubezpieczenia.
4. Zawiadomienie o wystąpieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego może zostać również zgłoszone przez Ciebie, Uprawnionego, Uprawnionego zastępczego albo Twoich spadkobierców.
5. Decyzję o wypłacie Świadczenia z tytułu Podstawowej umowy ubezpieczenia podejmujemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii dokumentu tożsamości Uprawnionego, Uprawnionego zastępczego lub innej osoby uprawnionej do wypłaty Świadczenia;
 - 3) odpisu aktu zgonu;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.
6. W terminie 7 dni od dnia otrzymania przez nas zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego poinformujemy o tym Ubezpieczającego lub Ubezpieczonego, jeżeli nie są oni osobami występującymi z tym zawiadomieniem oraz podejmiemy postępowanie dotyczące ustalenia stanu faktycznego zdarzenia losowego, zasadności zgłoszonych roszczeń i wysokości Świadczenia, a także poinformujemy osobę występującą z roszczeniem pisemnie lub w inny sposób, na który osoba ta wyraziła zgodę, jakie dokumenty są potrzebne do ustalenia naszej odpowiedzialności lub wysokości Świadczenia, jeżeli jest to niezbędne do dalszego prowadzenia postępowania.
7. Świadczenie wypłacimy w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego.
8. Gdyby w terminie 30 dni, określonych w ust. 7, wyjaśnienie okoliczności koniecznych do ustalenia naszej odpowiedzialności albo wysokości Świadczenia okazało się niemożliwe, Świadczenie powinno być spełnione w ciągu 14 dni od dnia, w którym przy zachowaniu należytej staranności wyjaśnienie tych okoliczności było możliwe. Bezsporną część Świadczenia wypłacimy w terminie 30 dni od daty otrzymania zawiadomienia o Zdarzeniu ubezpieczeniowym.
9. Jeżeli w terminach określonych w ust. 7, 8 nie wypłacimy Świadczenia, zawiadomimy pisemnie osobę występującą z roszczeniem, a także Ciebie, jeżeli nie jesteś osobą zgłaszającą roszczenie, o przyczynach niemożności zaspokojenia roszczeń w całości lub w części, a także wypłacimy osobie uprawnionej bezsporną część Świadczenia.
10. Jeżeli Świadczenie nie przysługuje lub przysługuje w innej wysokości niż określona w zgłoszonym roszczeniu, informujemy o tym pisemnie osobę występującą z roszczeniem oraz Ciebie, jeżeli nie jesteś osobą zgłaszającą roszczenie, wskazując na okoliczności oraz na podstawę prawną uzasadniającą całkowitą lub częściową odmowę wypłaty Świadczenia.
11. Za datę wypłaty Świadczenia uznaje się dzień wpłaty kwoty Świadczenia na rachunek bankowy osoby uprawnionej.

§ 18 Czy jest możliwość kontynuowania ochrony po wystąpieniu z Umowy ubezpieczenia

1. Jeżeli Twoja ochrona z tytułu Umowy ubezpieczenia zakończy się, masz prawo zawrzeć Umowę kontynuowania ubezpieczenia na życie stworzoną i dostępną w naszej ofercie wyłącznie dla Ubezpieczonych, pod warunkiem że:
 - 1) Twoja ochrona w ramach Umowy ubezpieczenia trwała co najmniej 1 miesiąc;

- 2) złożysz do nas wniosek o zawarcie Umowy kontynuowania ubezpieczenia na życie w ciągu 6 miesięcy od daty zakończenia udzielania przez nas ochrony w ramach Umowy ubezpieczenia.
2. Umowa kontynuowania ubezpieczenia na życie jest zawierana na zasadach przewidzianych w ogólnych warunkach umowy kontynuowania ubezpieczenia na życie.

§ 19 Czy Ubezpieczający może zostać zwolniony z wypłaty odprawy pośmiertnej

1. Jeżeli Ubezpieczający finansuje składkę z tytułu Umowy ubezpieczenia, może zostać zwolniony z obowiązku wypłaty odprawy pośmiertnej na zasadach określonych w art. 93 Kodeksu pracy. W takim przypadku zobowiązany jest wtedy do:
 - 1) dostarczenia do nas w wyznaczonym przez nas terminie niezbędnych dokumentów i informacji dotyczących zdarzenia;
 - 2) dostarczenia do nas informacji o wysokości odprawy pośmiertnej przysługującej osobom uprawnionym oraz wysokości finansowanej przez Ubezpieczającego części składki;
 - 3) dostarczenia do nas pełnej listy osób uprawnionych do otrzymania od Ubezpieczającego odprawy pośmiertnej.
2. Szczegółowe zasady wypłaty Świadczenia w przypadku korzystania przez Ubezpieczającego ze zwolnienia z wypłaty Świadczenia z tytułu odprawy pośmiertnej znajdują się w dokumentach załączonych do Polisy.

§ 20 W jaki sposób można złożyć skargę lub reklamację

1. Reklamacje mogą być składane do nas:
 - 1) na piśmie w postaci papierowej – na adres: skrytka pocztowa 1013, 00-950 Warszawa 1 lub doręczone osobiście w każdej naszej jednostce 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 numerem telefonu 502 308 308 (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora) albo do protokołu w każdej naszej jednostce obsługującej klientów.
2. Reklamację rozpatrzymy w terminie 30 dni od daty wpływu i udzielimy 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, udzielimy odpowiedzi elektronicznie na adres do doręczeń elektronicznych klienta. W szczególnie skomplikowanych przypadkach termin na udzielenie odpowiedzi może zostać przedłużony do 60 dni, o czym wcześniej poinformujemy osobę wnoszącą reklamację.
3. Organem właściwym do rozpatrzenia reklamacji jest jednostka organizacyjna wyznaczona przez Zarząd Warty.
4. Podmiotami uprawnionymi do pozasądowego rozpatrywania sporów są:
 - 1) Sąd Polubowny przy Komisji Nadzoru Finansowego (www.knf.gov.pl);
 - 2) Rzecznik Finansowy (www.rf.gov.pl).

§ 21 Postanowienia końcowe

1. Zawiadomienia i oświadczenia w związku z Umową ubezpieczenia powinny być składane na piśmie lub w innej formie uzgodnionej z Ubezpieczającym, lub za pomocą udostępnionego przez nas serwisu/aplikacji internetowej, w zakresie ich funkcjonalności.
2. Ubezpieczający, Ubezpieczony oraz my zobowiązani jesteśmy do informowania się wzajemnie o każdej zmianie adresu, siedziby oraz innych danych niezbędnych do korespondencji w związku z realizacją Umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli po objęciu Cię ochroną ubezpieczeniową nastąpi zmiana Twojego imienia lub nazwiska jak również danych Uprawnionych lub Uprawnionych zastępczych, osoba składająca wniosek o wypłatę Świadczenia zobowiązana jest przedstawić dokumenty uzasadniające jej prawo do Świadczenia, zgodnie z danymi, które posiadamy.
4. Przez dzień złożenia wniosku (lub odpowiednio doręczenia lub otrzymania wniosku) rozumie się dzień doręczenia do nas wniosku.
5. Podlegamy nadzorowi Komisji Nadzoru Finansowego.
6. Zatajenie lub podanie nam nieprawdziwych informacji przy zawieraniu Umowy ubezpieczenia zwalnia nas od odpowiedzialności na warunkach przewidzianych przez przepisy Kodeksu cywilnego.
7. Niezależnie od postanowień OWU, wykonujemy obowiązki informacyjne w zakresie wynikającym z aktualnie obowiązujących przepisów prawa.
8. Roszczenia z tytułu Umowy ubezpieczenia ulegają przedawnieniu z upływem 3 lat.
9. W sprawach nieuregulowanych w OWU mają zastosowanie odpowiednie przepisy Kodeksu cywilnego, ustaw regulujących działalność ubezpieczeniową oraz inne stosowne przepisy prawa.
10. Dla Umów ubezpieczenia zawartych na podstawie OWU właściwym jest prawo polskie.
11. Powództwo o roszczenia wynikające z Umowy ubezpieczenia można wytoczyć albo według przepisów o właściwości ogólnej albo przed sąd właściwy dla miejsca zamieszkania lub siedziby Ubezpieczającego, Ubezpieczonego lub uprawnionego z Umowy ubezpieczenia albo spadkobiercy Ubezpieczonego lub spadkobiercy uprawnionego z Umowy ubezpieczenia.
12. Udostępniamy tekst OWU w wersji papierowej lub w postaci elektronicznej w sposób umożliwiający jego przechowywanie i odtwarzanie w zwykłym toku czynności.
13. Opodatkowanie Świadczeń wypłacanych przez nas 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 nas 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.
14. Nie udzielamy ochrony lub nie wypłacimy Świadczenia w przypadkach, w których ochrona lub wypłata Świadczenia naraziłaby nas 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.

15. Oświadczamy, 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. 4a pkt 29 ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych z dnia 15 lutego 1992 r. lub w art. 5a pkt 33d ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991 r.
16. Sprawozdania o wypłacalności i kondycji finansowej ujawniamy na stronie internetowej www.warta.pl.
17. OWU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietów dodatkowych: „Wypadek” oraz „VIP”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku, stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Wypadek** – zdarzenie nagle, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

- Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Twoja śmierć w wyniku Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - Wypadek nastąpi w okresie trwania:
 - naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo
 - Poprzedniej umowy ubezpieczenia, jeżeli zawierała w swoim zakresie śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku albo
 - poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia;
 - śmierć nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a Twoją śmiercią.
- Jeżeli Wypadek, który będzie przyczyną Twojej śmierci, nastąpi w okresie obejmowania Cię ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, warunkiem wypłaty Świadczenia jest doręczenie nam, na etapie jego rozpatrywania, dokumentów potwierdzających okres trwania i zakres ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojej śmierci w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;

- 3) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
- 4) rozpoznany u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) zawodowym uprawianiem przez Ciebie dyscypliny sportowej, czyli takiej, za którą otrzymujesz wynagrodzenie lub pobierasz stypendium za jej uprawianie bądź osiągnięte wyniki.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

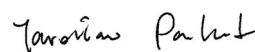
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli umrzesz w wyniku Wypadku, wypłacimy Uprawnionemu albo Uprawnionemu zastępczemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Twojej śmierci.
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii dokumentu tożsamości Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego;
 - 3) odpisu aktu zgonu;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietów dodatkowych: „Wypadek” oraz „VIP”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny w rozumieniu ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze, z późn. zm., należące do przewoźnika lotniczego działającego zgodnie z przepisami tej ustawy, posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 2) **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 ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o żegludze śródlądowej, z późn. zm. oraz ustawy z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski, z późn. zm., posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją Statku wodnego;
 - 3) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, któremu uległaś/eś jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu, członek załogi lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.
 Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Twoja śmierć w wyniku Wypadku komunikacyjnego, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Wypadek komunikacyjny nastąpi w okresie trwania:
 - a) naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo
 - b) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, jeżeli zawierała w swoim zakresie śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego albo

- c) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia;
 - 2) śmierć nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 3) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a Twoją śmiercią.
2. Jeżeli Wypadek komunikacyjny, który będzie przyczyną Twojej śmierci, nastąpi w okresie obejmowania Cię ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, warunkiem wypłaty Świadczenia jest doręczenie nam, na etapie jego rozpatrywania, dokumentów potwierdzających okres trwania i zakres ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojej śmierci w wyniku Wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 2) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
- 3) samookaleceniem lub okaleceniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
- 4) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

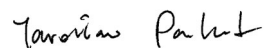
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli umrzesz w wyniku Wypadku komunikacyjnego, wypłacimy Uprawnionemu albo Uprawnionemu zastępczemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Twojej śmierci.
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii dokumentu tożsamości Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego;
 - 3) odpisu aktu zgonu;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 5) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietów dodatkowych: „Wypadek” oraz „VIP”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Wypadek przy pracy** – wypadek zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku. Definicja Wypadku przy pracy nie obejmuje wypadku w drodze do pracy i z pracy, zgodnie z kwalifikacją wypadku zamieszczoną w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

- Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Twoja śmierć w wyniku Wypadku przy pracy, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - Wypadek przy pracy nastąpi w okresie trwania:
 - naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo
 - Poprzedniej umowy ubezpieczenia, jeżeli zawierała w swoim zakresie śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy albo
 - poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia;
 - śmierć nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem przy pracy a Twoją śmiercią.
- Jeżeli Wypadek przy pracy, który będzie przyczyną Twojej śmierci, nastąpi w okresie obejmowania Cię ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, warunkiem wypłaty Świadczenia jest doręczenie nam, na etapie jego rozpatrywania, dokumentów potwierdzających okres trwania i zakres ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojej śmierci w wyniku Wypadku przy pracy rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 2) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
- 3) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
- 4) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) zawodowym uprawianiem przez Ciebie dyscypliny sportowej, czyli takiej, za którą otrzymujesz wynagrodzenie lub pobierasz stypendium za jej uprawianie bądź osiągnięte wyniki.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

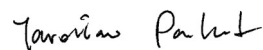
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli umrzesz w wyniku Wypadku przy pracy, wypłacimy Uprawnionemu albo Uprawnionemu zastępczemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Twojej śmierci.
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii dokumentu tożsamości Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego;
 - 3) odpisu aktu zgonu;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 5) kopii protokołu powypadkowego BHP lub karty wypadku;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietów dodatkowych: „Wypadek” oraz „VIP”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny w rozumieniu ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze, z późn. zm., należące do przewoźnika lotniczego działającego zgodnie z przepisami tej ustawy, posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdadność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 2) **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 ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o żegludze śródlądowej, z późn. zm. oraz ustawy z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski, z późn. zm., posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją Statku wodnego;
 - 3) **Wypadek komunikacyjny przy pracy** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, któremu uległaś/eś jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu, członek załogi lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych
 i który nastąpił w związku z wykonywaną pracą i został zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku.
 Definicja Wypadku komunikacyjnego przy pracy nie obejmuje:
 - a) wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch,
 - b) wypadku w drodze do pracy lub z pracy zgodnie z kwalifikacją wypadku zamieszczoną w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Twoja śmierć w wyniku Wypadku komunikacyjnego przy pracy, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Wypadek komunikacyjny przy pracy nastąpi w okresie trwania:
 - a) naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo
 - b) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, jeżeli zawierała w swoim zakresie śmierć ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy albo
 - c) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia;
 - 2) śmierć nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 3) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym przy pracy a Twoją śmiercią.
2. Jeżeli Wypadek komunikacyjny przy pracy, który będzie przyczyną Twojej śmierci nastąpi w okresie obejmowania Cię ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, warunkiem wypłaty Świadczenia jest doręczenie nam, na etapie jego rozpatrywania, dokumentów potwierdzających okres trwania i zakres ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego przy pracy.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojej śmierci w wyniku Wypadku komunikacyjnego przy pracy rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 2) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
- 3) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
- 4) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) zawodowym uprawianiem przez Ciebie dyscypliny sportowej, czyli takiej, za którą otrzymujesz wynagrodzenie lub pobierasz stypendium za jej uprawianie bądź osiągnięte wyniki.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli umrzesz w wyniku Wypadku komunikacyjnego przy pracy, wypłacimy Uprawnionemu albo Uprawnionemu zastępczemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Twojej śmierci.
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii dokumentu tożsamości Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego;
 - 3) odpisu aktu zgonu;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 5) kopii protokołu powypadkowego BHP lub karty wypadku;

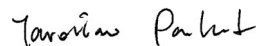
- 6) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego przy pracy ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
- 7) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdził uchwala nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „Życie Plus”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Twoja śmierć w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) zawał serca lub udar mózgu zostanie zdiagnozowany w okresie trwania:
 - a) naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo
 - b) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, jeżeli zawierała w swoim zakresie śmierć ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu albo
 - c) dotychczasowego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia;
 - 2) śmierć nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 3) zawał serca lub udar mózgu zostanie wskazany w karcie zgonu, w protokole badania sekcyjnego lub innej dokumentacji medycznej, jako przyczyna Twojej śmierci.
2. Jeżeli zawał serca lub udar mózgu, który będzie przyczyną Twojej śmierci, zostanie zdiagnozowany w okresie obejmowania Cię ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, warunkiem wypłaty Świadczenia jest doręczenie nam, na etapie jego rozpatrywania, dokumentów potwierdzających okres trwania i zakres ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojej śmierci w wyniku zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- 2) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
- 3) samookaleczeniem lub okaleczeniem na Twoją prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
- 4) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

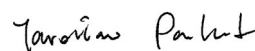
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli umrzesz w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, wypłacimy Uprawnionemu albo Uprawnionemu zastępczemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Twojej śmierci.
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii dokumentu tożsamości Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego;
 - 3) odpisu aktu zgonu;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „Życie Plus”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Rozpoczęty proces diagnostyczny** – wskazanie przez lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia postępowania medycznego, na które składają się: dalszy wywiad chorobowy lub testy przesiewowe lub fizykalne badanie pacjenta lub badania dodatkowe, którego wynikiem jest diagnoza nowotworu złośliwego.
Za datę Rozpoczęcia procesu diagnostycznego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której otrzymasz wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Twoja śmierć w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- 1) postawienie diagnozy nowotworu złośliwego nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 2) śmierć nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 3) zachorowanie na nowotwór złośliwy zostanie wskazany w karcie zgonu, w protokole badania sekcyjnego lub innej dokumentacji medycznej, jako przyczyna Twojej śmierci.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojej śmierci w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową śmierć ubezpieczonego w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy albo

- 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,
w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariancie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 6 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:
 - 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 2) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 3) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojej śmierci w wyniku zachorowania na Nowotwór złośliwy jest wyłączona, jeżeli Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku nowotworu złośliwego lub który zdiagnozowano lub leczono w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku nowotworu złośliwego lub był on leczony lub zdiagnozowany przed objęciem Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a Ty byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową śmierć ubezpieczonego w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariancie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci ubezpieczonego w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, a Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku nowotworu złośliwego lub był on zdiagnozowany lub leczony w ciągu 3 lat przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia zmiany Wariantu ubezpieczenia, wariantu Pakietu dodatkowego lub od podwyższenia Sumy ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

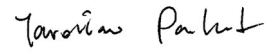
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli umrzesz w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy, wypłacimy Uprawnionemu albo Uprawnionemu zastępczemu Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Twojej śmierci, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii dokumentu tożsamości Uprawnionego lub Uprawnionego zastępczego;
 - 3) odpisu aktu zgonu;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 6 OWDU, Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 4, § 5, § 6 ust. 5–11 OWDU, Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „Aktywni”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu Twojego zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku** – tabela stanowiąca załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 3) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu polegające na jego trwałej dysfunkcji, fizycznej utracie lub całkowitej i trwałej utracie nad nim władzy, będące następstwem Twojego Wypadku;
 - 4) **Uraz niepowodujący powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu** – powstałe w wyniku Wypadku uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia niepowodujący Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 5) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Wypadek nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 2) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a powstaniem u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 3) Trwały uszczerbek na zdrowiu znajduje się w Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku.
2. Zakres ubezpieczenia można rozszerzyć o wystąpienie u Ciebie Urazu niepowodującego powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Wypadek nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 2) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a powstaniem u Ciebie Urazu niepowodującego powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu.

3. Zakres ubezpieczenia oraz jego rozszerzenie zostaną potwierdzone w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku rozpoczyna się:
 - 1) w przypadku objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia – w dniu objęcia ochroną;
 - 2) w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Uraz niepowodujący powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu – w dniu rozszerzenia ochrony.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprzęży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Ciebie Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wystąpienia Wypadku, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Jeżeli powstanie u Ciebie Uraz niepowodujący powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wystąpienia Wypadku, pod warunkiem że za ten sam uraz nie jest należne świadczenie z tytułu Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
4. Rodzaj i stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalimy w oparciu o Tabelę Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku, po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia Wypadku.
5. Zmiana rodzaju lub stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu po 36 miesiącach od dnia Wypadku nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia.
6. Jeżeli po wypłacie Świadczenia okaże się, że Trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający z tego samego Wypadku powinien zostać zakwalifikowany do innego punktu Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku za który należy wypłata w wyższej wysokości, wypłacimy dodatkową kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy Świadczeniem należnym za ten Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyższej wysokości, a kwotą Świadczenia które już wypłaciliśmy.
7. Świadczenie przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu za jeden Wypadek.
8. W razie uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były upośledzone przed Wypadkiem, ustalony u Ciebie stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejszy o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed Wypadkiem.
9. Warunkiem wypłaty Świadczenia z tytułu Urazu niepowodującego powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu jest stacjonarna konsultacja medyczna związana z leczeniem urazu oraz kontrolna konsultacja medyczna po leczeniu urazu.
10. Wypłacimy Świadczenie za maksymalnie dwa Urazy niepowodujące powstania u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w Roku polisowym.
11. Jeżeli wypłaciliśmy Ci Świadczenie za Uraz niepowodujący powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku, Świadczenie należne z tytułu powstania u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w związku z tym samym Wypadkiem zostanie pomniejszone o wypłaconą kwotę z tytułu Urazu niepowodującego powstania Trwałego uszczerbku na zdrowiu.

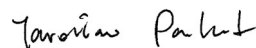
12. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
13. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu lub Urazu niepowodującego uszczerbku na zdrowiu;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU, Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 4–7 OWDU, Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietów dodatkowych: „Wypadek” oraz „VIP”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu Twojego zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny w rozumieniu ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze, z późn. zm., należące do przewoźnika lotniczego działającego zgodnie z przepisami tej ustawy, posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdatność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 3) **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 ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o żegludze śródlądowej, z późn. zm. oraz ustawy z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski, z późn. zm., posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją Statku wodnego;
 - 4) **Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku** – tabela stanowiąca załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 5) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu polegające na jego trwałej dysfunkcji, fizycznej utracie lub całkowitej i trwałej utracie nad nim władzy, będące następstwem Twojego Wypadku komunikacyjnego;
 - 6) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, któremu uległaś/eś jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu, członek załogi lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.

Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- 1) Wypadek komunikacyjny nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 2) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a powstaniem u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 3) Trwały uszczerbek na zdrowiu znajduje się w Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 8) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Ciebie Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wystąpienia Wypadku komunikacyjnego, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Rodzaj i stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalimy w oparciu o Tabelę Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku, po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia Wypadku komunikacyjnego.
4. Zmiana rodzaju lub stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu po 36 miesiącach od dnia Wypadku komunikacyjnego nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia.
5. Jeżeli po wypłacie Świadczenia okaże się, że Trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający z tego samego Wypadku komunikacyjnego powinien zostać zakwalifikowany do innego punktu Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku za który należna jest wypłata w wyższej wysokości, wypłacimy dodatkową kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy Świadczeniem należnym za ten Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyższej wysokości, a kwotą Świadczenia które już wypłaciliśmy.
6. Świadczenie przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu za jeden Wypadek komunikacyjny.
7. W razie uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były upośledzone przed Wypadkiem komunikacyjnym, ustalony u Ciebie stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejszym o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed Wypadkiem komunikacyjnym.
8. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.

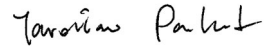
9. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 4) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku przy pracy

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU, Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 4–7 OWDU, Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku przy pracy

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „Wypadek”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku przy pracy 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu Twojego zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku** – tabela stanowiąca załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 3) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu polegające na jego trwałej dysfunkcji, fizycznej utracie lub całkowitej i trwałej utracie nad nim władzy, będące następstwem Twojego Wypadku przy pracy;
 - 4) **Wypadek przy pracy** – wypadek zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku. Definicja Wypadku przy pracy nie obejmuje wypadku w drodze do pracy i z pracy, zgodnie z kwalifikacją wypadku zamieszczoną w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku przy pracy, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- 1) Wypadek przy pracy nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 2) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem przy pracy a powstaniem u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 3) Trwały uszczerbek na zdrowiu znajduje się w Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku przy pracy rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

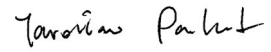
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Ciebie Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku przy pracy, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wystąpienia Wypadku przy pracy, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Rodzaj i stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalimy w oparciu o Tabelę Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku, po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia Wypadku przy pracy.
4. Zmiana rodzaju lub stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu po 36 miesiącach od dnia Wypadku przy pracy nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia.
5. Jeżeli po wypłacie Świadczenia okaże się, że Trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający z tego samego Wypadku przy pracy powinien zostać zakwalifikowany do innego punktu Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku za który należna jest wypłata w wyższej wysokości, wypłacimy dodatkową kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy Świadczeniem należnym za ten Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyższej wysokości, a kwotą Świadczenia które już wypłaciliśmy.
6. Świadczenie przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu za jeden Wypadek przy pracy.
7. W razie uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były upośledzone przed Wypadkiem przy pracy, ustalony u Ciebie stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejszy o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed Wypadkiem przy pracy.
8. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
9. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 4) kopii protokołu powypadkowego BHP lub karty wypadku;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 4–5, 7–10 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących trwałego inwalidztwa ubezpieczonego w wyniku wypadku stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Trwałe inwalidztwo** – powstałe w wyniku Wypadku uszkodzenie ciała polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem;
 - Wypadek** – zdarzenie nagle, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Ciebie Trwałego inwalidztwa w wyniku Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- Wypadek nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a powstaniem u Ciebie Trwałego inwalidztwa;
- Trwałe inwalidztwo znajduje się w tabeli zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach Trwałego inwalidztwa, znajdującą się w § 6 ust. 10.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Trwałego inwalidztwa w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
- działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
- skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;

- 4) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Ciebie Trwałe inwalidztwo w wyniku Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wystąpienia Wypadku.
3. Rodzaj Trwałego inwalidztwa i wysokość Świadczenia ustalimy w oparciu o tabelę zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach Trwałego inwalidztwa znajdującą się w § 6 ust. 10, po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od daty Wypadku.
4. Zmiana rodzaju Trwałego inwalidztwa po 36 miesiącach od daty Wypadku nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia.
5. W razie uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były upośledzone przed Wypadkiem, ustalony u Ciebie stopień Trwałego inwalidztwa pomniejszymy o stopień inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed Wypadkiem.
6. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
7. Świadczenie przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego inwalidztwa.
8. Jeżeli wypłacimy Ci Świadczenie z tytułu Trwałego inwalidztwa w łącznej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia, nasza odpowiedzialność z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa.
9. Suma procentów Trwałego inwalidztwa w wyniku Wypadku przyznanych za uszkodzenie danej części ciała, nie może być wyższa niż procent przewidziany w tabeli zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach Trwałego inwalidztwa za jej całkowitą utratę.
10. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach Trwałego inwalidztwa:

TABELA ZDARZEŃ OBJĘTYCH OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ W RAMACH TRWAŁEGO INWALIDZTWA			
Rodzaj Trwałego inwalidztwa		Procent Sumy ubezpieczenia	
1.	utrata obu przedramion	100	
2.	utrata obu ramion	100	
3.	utrata obu ud	100	
4.	utrata obu podudzi	100	
5.	utrata jednego ramienia i jednego uda	100	
6.	utrata jednego ramienia i jednego podudzia	100	
7.	utrata jednego przedramienia i jednego uda	100	
8.	utrata jednego przedramienia i jednego podudzia	100	
9.	utrata jednej dłoni i jednej stopy	100	
10.	utrata wzroku w obu oczach	100	
11.	utrata słuchu całkowita	100	
12.	utrata mowy całkowita	100	
KOŃCZYNY GÓRNE			
	Prawa	Lewa	
13.	utrata jednego ramienia	70	65
14.	utrata jednego przedramienia	60	50
15.	utrata jednej dłoni lub utrata części śródreżcza	55	50
16.	utrata wszystkich palców u ręki	50	45
17.	utrata kciuka i palca wskazującego	35	25
18.	utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20

TABELA ZDARZEŃ OBJĘTYCH OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ W RAMACH TRWAŁEGO INWALIDZTWA

Rodzaj Trwałego inwalidztwa	Procent Sumy ubezpieczenia	
19. utrata kciuka	20	15
20. utrata palca wskazującego	15	10
21. utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	5	5

Ważne: W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe dotyczące kończyny górnej ulegają odwróceniu.

KOŃCZYNY DOLNE

22. utrata jednej nogi powyżej kolana	60
23. utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana	50
24. utrata całej stopy lub części śródstopia	40
25. utrata wszystkich palców u stopy	30
26. utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20
27. utrata palucha	5
28. utrata palca innego niż paluch	2

GŁOWA

29. utrata szczęki dolnej	50
30. utrata wzroku w jednym oku	40
31. utrata słuchu w jednym uchu	30
32. utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa)	30

KRĘGOSŁUP

33. paraliż całkowity nieodwracalny	100
34. paraliż obu kończyn dolnych	100
35. paraliż obu kończyn górnych	100

Ważne: Użyte w powyższej tabeli terminy oznaczają:

- 1) ramię – rękę od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego;
- 2) przedramię – rękę od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego;
- 3) dłoń – palce i śródreżce;
- 4) udo – nogę od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego;
- 5) podudzie – nogę od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego;
- 6) utrata – fizyczną utratę organu lub trwałą utratę jego czynności.

11. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:

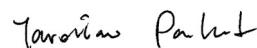
- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
- 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
- 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Trwałego inwalidztwa;
- 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących poważnego zachorowania ubezpieczonego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 6 OWDU, Katalog poważnych zachorowań
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 4, § 5, § 6 ust. 3–5 OWDU, Katalog poważnych zachorowań

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące poważnego zachorowania ubezpieczonego

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „VIP”.

§ 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

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Katalog poważnych zachorowań** – wykaz Poważnych zachorowań wraz z ich definicjami, stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Katalog poważnych zachorowań występuje w 4 zakresach:
 - Katalog poważnych zachorowań – podstawowy,
 - Katalog poważnych zachorowań – rozszerzony,
 - Katalog poważnych zachorowań – infekcyjny,
 - Katalog poważnych zachorowań – dla sektora edukacji;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - Poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w Katalogu poważnych zachorowań;
 - Rozpoczęty proces diagnostyczny** – wskazanie przez lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia postępowania medycznego, na które składają się: dalszy wywiad chorobowy lub testy przesiewowe lub fizykalne badanie pacjenta lub badania dodatkowe, którego wynikiem jest Wystąpienie poważnego zachorowania. Za datę Rozpoczęcia procesu diagnostycznego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której otrzymasz wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej;
 - Wypadek** – zdarzenie nagle, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym, które było przyczyną Wystąpienia poważnego zachorowania i zaistniało w okresie naszej odpowiedzialności;
 - Wystąpienie poważnego zachorowania** – zaistnienie w okresie naszej odpowiedzialności jednej z poniższych okoliczności: postawienie diagnozy, wynik badania histopatologicznego stwierdzający obecność nowotworu złośliwego, przeprowadzenie operacji, rozpoczęcie specjalistycznego leczenia, kwalifikacja do przeszczepu albo jego wykonanie, wystąpienie Wypadku, wskazanych w Katalogu poważnych zachorowań.

§ 3 Co obejmuje ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Wystąpienie poważnego zachorowania u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wskazane w Katalogu poważnych zachorowań – podstawowym.
2. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 1) Katalog poważnych zachorowań – rozszerzony;
 - 2) Katalog poważnych zachorowań – infekcyjny;
 - 3) Katalog poważnych zachorowań – dla sektora edukacji.
3. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu Wystąpienia poważnego zachorowania Ubezpieczonego rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji licznym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nasza odpowiedzialność w ramach Katalogu poważnych zachorowań – podstawowego, Katalogu poważnych zachorowań – rozszerzonego, Katalogu poważnych zachorowań – infekcyjnego ograniczona jest do Wystąpienia poważnych zachorowań spowodowanych Wypadkiem.
3. W przypadku Wystąpienia Poważnych zachorowań określonych w Katalogu poważnych zachorowań – dla sektora edukacji w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia dla tego katalogu.
4. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową poważne zachorowanie ubezpieczonego albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie poważnych zachorowań ubezpieczonego.
5. Jeżeli podwyżysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
6. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniami 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 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 5) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojego Poważnego zachorowania jest wyłączona, jeżeli Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku Poważnego zachorowania lub które zostało zdiagnozowane lub leczone w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku Poważnego zachorowania lub leczono Poważne zachorowanie w ciągu 3 lat przed objęciem Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową poważne zachorowania ubezpieczonego albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,

wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariancie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie poważnych zachorowań ubezpieczonego.

4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, a Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku Poważnego zachorowania lub Poważne zachorowanie leczono w ciągu 3 lat przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli Wystąpienie poważnego zachorowania nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia zmiany Wariantu ubezpieczenia, wariantu Pakietu dodatkowego lub od podwyższenia Sumy ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

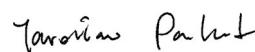
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Wystąpi u Ciebie poważne zachorowanie wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Wystąpienia poważnego zachorowania, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Jeżeli wystąpi u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności ten sam rodzaj Poważnego zachorowania wypłacimy Ci Świadczenie tylko za pierwsze z nich.
4. Jeżeli wystąpią u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwa różne Poważne zachorowania, nie ponosimy odpowiedzialności za te Poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co Poważne zachorowanie, za które wypłaciliśmy Świadczenie.
5. Jeżeli wystąpią u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwa Nowotwory złośliwe o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji wypłacimy Świadczenie tylko za pierwszy z nich.
6. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy 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.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego 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, § 6 OWDU, Katalog metod Leczenia specjalistycznego
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–6 OWDU, Katalog metod Leczenia specjalistycznego

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące leczenia specjalistycznego ubezpieczonego

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „VIP”.

§ 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

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli, uzasadniające przeprowadzenie u Ciebie Leczenia specjalistycznego;
 - 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 tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Leczenie specjalistyczne** – jedna z metod leczenia przeprowadzona u Ciebie, wymieniona i zdefiniowana w Katalogu metod Leczenia specjalistycznego;
 - Rozpoczęty proces diagnostyczny** – wskazanie przez lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia postępowania medycznego, na które składają się: dalszy wywiad chorobowy lub testy przesiewowe lub fizykalne badanie pacjenta lub badania dodatkowe, którego wynikiem jest diagnoza Choroby.
Za datę Rozpoczęcia procesu diagnostycznego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której otrzymasz wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest przeprowadzenie u Ciebie Leczenia specjalistycznego, w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, które znajduje się w Katalogu metod Leczenia specjalistycznego.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Ciebie Leczenia specjalistycznego rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
- W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
- Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową leczenie specjalistyczne ubezpieczonego albo

- 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,
w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariancie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające, zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Ciebie Leczenia specjalistycznego jest wyłączona w przypadku Leczenia specjalistycznego, którego przyczyną była Choroba, w stosunku do której Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny lub którą zdiagnozowano lub leczono w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku Choroby, która była przyczyną przeprowadzenia u Ciebie Leczenia specjalistycznego lub którą zdiagnozowano lub leczono w ciągu 3 lat przed objęciem Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a Ty byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową leczenia specjalistyczne ubezpieczonego albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,
wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariancie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, a Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku Choroby, która była przyczyną przeprowadzenia u Ciebie Leczenia specjalistycznego lub którą zdiagnozowano lub leczono w ciągu 3 lat przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia zmiany Wariantu ubezpieczenia, wariantu Pakietu dodatkowego lub od podwyższenia Sumy ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zostanie u Ciebie przeprowadzone Leczenie specjalistyczne, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Leczenia specjalistycznego, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie z tytułu tej samej przeprowadzonej u Ciebie metody Leczenia specjalistycznego.
4. Wypłacimy Świadczenie wyłącznie za metody Leczenia specjalistycznego, które nie są powiązane przyczynowo z wcześniej przeprowadzonymi u Ciebie metodami Leczenia specjalistycznego, za które wypłaciliśmy Świadczenie, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego czynnika patogenego.
5. W przypadku przeprowadzenia u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności radioterapii i chemioterapii wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za jedną ze wskazanych metod – tę, która została przeprowadzona jako pierwsza.
6. W przypadku przeprowadzenia u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności ablacji wypłacimy wyłącznie jedno Świadczenie za metodę, która została przeprowadzona jako pierwsza, niezależnie od tego, jaką metodę przeprowadzono, tj. użycie prądu o częstotliwości radiowej, krioablacja punktowa lub krioablacja balonowa.

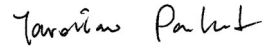
7. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
8. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przeprowadzenie Leczenia specjalistycznego;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących zachorowania ubezpieczonego na nowotwór złośliwy

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–4 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące zachorowania ubezpieczonego na nowotwór złośliwy

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „Onkologicznego”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących zachorowania ubezpieczonego na nowotwór złośliwy stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:

- Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
- Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
- Nowotwór złośliwy** – nowotwór inwazyjny, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi nastąpić w okresie naszej odpowiedzialności i 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:

- raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (*carcinoma in situ*), dysplazji, raka o granicznej złośliwości, raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych,
- raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0) lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7,
- 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,
- raka brodawkowatego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0),
- przewlekłej białaczki limfatycznej w stadium niższym niż stopień III według klasyfikacji Rai,
- wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
- wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.

Za datę zdiagnozowania nowotworu przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego, który potwierdził obecność nowotworu złośliwego. Jeśli z medycznego punktu widzenia wykonanie badania histopatologicznego nie jest możliwe lub jest ryzykowne, za rozpoznanie przyjmuje się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności przez Lekarza specjalistę na podstawie dokumentacji medycznej;

- 4) **Rozpoczęty proces diagnostyczny** – wskazanie przez lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia postępowania medycznego, na które składają się: dalszy wywiad chorobowy lub testy przesiewowe lub fizykalne badanie pacjenta lub badania dodatkowe, którego wynikiem jest diagnoza Nowotworu złośliwego.
- Za datę Rozpoczęcia procesu diagnostycznego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której otrzymasz wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór złośliwy w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania na Nowotwór złośliwy rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór złośliwy albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariancie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie zachorowania ubezpieczonego na nowotwór złośliwy.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ułotką.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania przez Ciebie na Nowotwór złośliwy jest wyłączona, jeżeli Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku Nowotworu złośliwego lub który zdiagnozowano lub leczono w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku Nowotworu złośliwego lub był on leczony w ciągu 3 lat przed objęciem Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a Ty byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór złośliwy albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariancie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie zachorowania ubezpieczonego na nowotwór złośliwy.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, a Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku Nowotworu złośliwego lub który leczono w ciągu 3 lat przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia zmiany Wariantu ubezpieczenia, wariantu Pakietu dodatkowego lub od podwyższenia Sumy ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

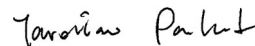
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zachorujesz na Nowotwór złośliwy, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoznania Nowotworu złośliwego, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Jeżeli zachorujesz kolejny raz w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia na Nowotwór złośliwy, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoznania tego Nowotworu złośliwego, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
4. Jeżeli wystąpią u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwa różne Nowotwory złośliwe, nie ponosimy odpowiedzialności za te Nowotwory złośliwe, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co Nowotwór złośliwy, za który wypłaciliśmy Świadczenie.
5. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
6. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej rozpoznanie Nowotworu złośliwego;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących zachorowania ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjnym

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU, Katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–4 OWDU, Katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące zachorowania ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjnym

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „Onkologicznego”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących zachorowania ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjnym stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych** – wykaz nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych objętych naszą ochroną, stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Nowotwór w stadium przedinwazyjnym** – ogniskowy, niekontrolowany, miejscowy rozrost komórek nowotworowych ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania na sąsiednie tkanki ani przerzutów odległych. Diagnoza musi zostać potwierdzona badaniem histopatologicznym. Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie przypadki określone w Katalogu nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych. Za datę zdiagnozowania Nowotworu w stadium przedinwazyjnym, przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego;
 - Rozpoczęty proces diagnostyczny** – wskazanie przez lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia postępowania medycznego, na które składają się: dalszy wywiad chorobowy lub testy przesiewowe lub fizykalne badanie pacjenta lub badania dodatkowe, którego wynikiem jest diagnoza Nowotworu w stadium przedinwazyjnym. Za datę Rozpoczęcia procesu diagnostycznego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której otrzymasz wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjnym albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie zachorowania ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjnym.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 5) chorobami związanymi z infekcją HIV.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania przez Ciebie na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym jest wyłączona, jeżeli Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku nowotworu lub zdiagnozowano lub leczono u Ciebie nowotwór w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku nowotworu lub leczono u Ciebie nowotwór w ciągu 3 lat przed objęciem Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a Ty byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową zachorowanie ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjnym albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie zachorowania ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjnym.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, a Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku nowotworu lub który leczono w ciągu 3 lat przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia zmiany Wariantu ubezpieczenia, wariantu Pakietu dodatkowego lub od podwyższenia Sumy ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zachorujesz na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień zdiagnozowania Nowotworu w stadium przedinwazyjnym, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.

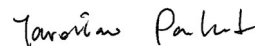
3. Jeżeli zachorujesz kolejny raz w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoznania tego Nowotworu w stadium przedinwazyjnym, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
4. Jeżeli wystąpią u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwa różne Nowotwory w stadium przedinwazyjnym, nie ponosimy odpowiedzialności za te Nowotwory w stadium przedinwazyjnym, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co Nowotwór w stadium przedinwazyjnym, za który wypłaciliśmy Świadczenie.
5. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
6. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej zdiagnozowanie Nowotworu w stadium przedinwazyjnym;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących leczenia specjalistycznego onkologicznego ubezpieczonego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU, Katalog metod Leczenia specjalistycznego onkologicznego
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–5 OWDU, Katalog metod Leczenia specjalistycznego onkologicznego

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące leczenia specjalistycznego onkologicznego ubezpieczonego

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
 • Pakietu dodatkowego „Onkologicznego”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących leczenia specjalistycznego onkologicznego 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą 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 przeprowadzenie u Ciebie Leczenia specjalistycznego onkologicznego;
 - 2) **Katalog metod Leczenia specjalistycznego onkologicznego** – wykaz metod Leczenia specjalistycznego onkologicznego wraz z ich definicjami oraz odpowiadającymi im wysokościami Świadczeń wyrażonymi jako procent Sumy ubezpieczenia, stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 3) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 4) **Leczenie specjalistyczne onkologiczne** – jedna z metod leczenia przeprowadzona u Ciebie, wymieniona i zdefiniowana w Katalogu metod Leczenia specjalistycznego onkologicznego;
 - 5) **Rozpoczęty proces diagnostyczny** – wskazanie przez lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia postępowania medycznego, na które składają się: dalszy wywiad chorobowy lub testy przesiewowe lub fizykalne badanie pacjenta lub badania dodatkowe, którego wynikiem jest diagnoza Choroby.
 Za datę Rozpoczęcia procesu diagnostycznego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której otrzymasz wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest przeprowadzenie u Ciebie Leczenia specjalistycznego onkologicznego, w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, które znajduje się w Katalogu metod Leczenia specjalistycznego onkologicznego.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Ciebie Leczenia specjalistycznego onkologicznego rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową leczenia specjalistyczne onkologiczne ubezpieczonego albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie leczenia specjalistycznego ubezpieczonego.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Ciebie Leczenia specjalistycznego onkologicznego jest wyłączona w przypadku Leczenia specjalistycznego onkologicznego, którego przyczyną była Choroba w stosunku do której Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny lub którą zdiagnozowano lub leczono w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku Choroby, która była przyczyną przeprowadzenia u Ciebie Leczenia specjalistycznego onkologicznego lub którą zdiagnozowano lub leczono w ciągu 3 lat przed objęciem Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a Ty byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową leczenia specjalistyczne onkologiczne ubezpieczonego albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie leczenia specjalistycznego onkologicznego ubezpieczonego.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, a Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku Choroby, która była przyczyną przeprowadzenia u Ciebie Leczenia specjalistycznego onkologicznego lub którą zdiagnozowano lub leczono w ciągu 3 lat przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia zmiany Wariantu ubezpieczenia, wariantu Pakietu dodatkowego lub od podwyższenia Sumy ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zostanie u Ciebie przeprowadzone Leczenie specjalistyczne onkologiczne, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Leczenia specjalistycznego onkologicznego, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.

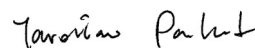
3. Wyplacimy Ci tylko jedno Świadczenie z tytułu tej samej przeprowadzonej u Ciebie metody Leczenia specjalistycznego onkologicznego.
4. Wyplacimy Świadczenie wyłącznie za metody Leczenia specjalistycznego onkologicznego, które nie są powiązane przyczynowo z wcześniej przeprowadzonymi u Ciebie metodami Leczenia specjalistycznego onkologicznego, za które wyplaciliśmy Świadczenie, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego czynnika patogenego.
5. W przypadku przeprowadzenia u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności:
 - 1) radioterapii i chemioterapii – wyplacimy Ci Świadczenie wyłącznie za jedną ze wskazanych metod – tę, która została przeprowadzona jako pierwsza;
 - 2) immunoterapii, terapii celowanej molekularnie i hormonoterapii – wyplacimy Ci Świadczenie wyłącznie za jedną ze wskazanych metod - tę, która została przeprowadzona jako pierwsza.
6. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy 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 onkologicznego;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących zachorowania ubezpieczonego na choroby sercowo-naczyniowe

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU, Katalog Chorób sercowo-naczyniowych
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–4 OWDU, Katalog Chorób sercowo-naczyniowych

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące zachorowania ubezpieczonego na choroby sercowo-naczyniowe

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• Pakietu dodatkowego „Kardiologicznego”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących zachorowania ubezpieczonego na choroby sercowo-naczyniowe stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Choroba sercowo-naczyniowa** – jedna z chorób wymienionych i zdefiniowanych w Katalogu Chorób sercowo-naczyniowych;
 - Katalog Chorób sercowo-naczyniowych** – wykaz Chorób sercowo-naczyniowych wraz z ich definicjami oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń wyrażone jako wartości procentowe Sumy ubezpieczenia, stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - Rozpoczęty proces diagnostyczny** – wskazanie przez lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia postępowania medycznego, na które składają się: dalszy wywiad chorobowy lub testy przesiewowe lub fizykalne badanie pacjenta lub badania dodatkowe, którego wynikiem jest diagnoza Choroby sercowo-naczyniowej.
Za datę Rozpoczęcia procesu diagnostycznego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której otrzymasz wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej;
 - Wystąpienie choroby sercowo-naczyniowej** – postawienie diagnozy choroby wskazanej w Katalogu Chorób sercowo-naczyniowych.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Wystąpienie u Ciebie choroby sercowo-naczyniowej, w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu Wystąpienie u Ciebie choroby sercowo-naczyniowej rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową zachorowanie ubezpieczonego na choroby sercowo-naczyniowe/kardiologiczne albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie zachorowania ubezpieczonego na choroby sercowo-naczyniowe/kardiologiczne.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania przez Ciebie na Choroby sercowo-naczyniowe jest wyłączona, jeżeli Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku Choroby sercowo-naczyniowej lub została ona zdiagnozowana lub leczona w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli Rozpoczęto proces diagnostyczny w kierunku Choroby sercowo-naczyniowej lub była ona leczona w ciągu 3 lat przed objęciem Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a Ty byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową zachorowanie ubezpieczonego na choroby sercowo-naczyniowe/kardiologiczne albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie zachorowania ubezpieczonego na choroby sercowo-naczyniowe/kardiologiczne.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, a Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku Choroby sercowo-naczyniowej lub była ona leczona w ciągu 3 lat przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia zmiany Wariantu ubezpieczenia, wariantu Pakietu dodatkowego lub od podwyższenia Sumy ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zachorujesz na Chorobę sercowo-naczyniową, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Jeżeli wystąpi u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności ten sam rodzaj Choroby sercowo-naczyniowej, wypłacimy Ci Świadczenie tylko za pierwszą diagnozę.

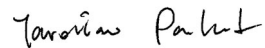
4. Jeżeli wystąpią u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwie różne Choroby sercowo-naczyniowe, nie ponosimy odpowiedzialności za te, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym co Choroba sercowo-naczyniowa, za którą wypłaciliśmy Świadczenie.
5. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
6. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej Wystąpienie choroby sercowo-naczyniowej;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących dodatkowego wsparcia finansowego dla ubezpieczonego po zawale serca lub udarze mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, 6 ust. 3 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące dodatkowego wsparcia finansowego dla ubezpieczonego po zawale serca lub udarze mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym

*Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• Pakietu dodatkowego „Kardiologicznego”.*

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących dodatkowego wsparcia finansowego dla ubezpieczonego po zawale serca lub udarze mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 2) **Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym** – powstałe w okresie trwania naszej odpowiedzialności nagle, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (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:
 - a) epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego,
 - b) udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić,
 - c) przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA) ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND),
 - d) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych.
 - 3) **Zawał serca** – powstała w okresie trwania naszej odpowiedzialności martwica części mięśnia sercowego, wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Zdiagnozowanie Zawału serca przez Lekarza specjalistę 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:
 - a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,

- b) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG,
 - c) uwidocznione w badaniach obrazowych nowe ubytki żywnotnego mięśnia sercowego lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej.
- Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przeszłkowej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego.
- Definicja nie obejmuje:
- a) innych ostrych zespołów wieńcowych, w których nie wykazano dowodów na dokonanie się martwicy mięśnia serca,
 - b) każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez Lekarza specjalistę (kardiologa),
 - c) podwyższenia biomarkerów sercowych, wynikających z zabiegu diagnostycznej angiografii wieńcowej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest zdiagnozowanie u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu dodatkowego wsparcia finansowego po Zawałe serca lub Udarze mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową zachorowanie ubezpieczonego na zawał serca lub udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie zachorowania ubezpieczonego na zawał serca lub udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniami 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) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu wsparcia finansowego po Zawałe serca lub Udarze mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym jest wyłączona, jeżeli zdiagnozowano u Ciebie zawał serca lub udar mózgu w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach dodatkowego wsparcia finansowego dla Ubezpieczonego po Zawałe serca lub Udarze mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zostanie u Ciebie zdiagnozowany Zawał serca lub Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień zdiagnozowania Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. W okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia może być wypłacone tylko jedno Świadczenie z tytułu Zawału serca oraz tylko jedno Świadczenie z tytułu Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.
4. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;

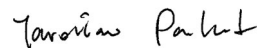
- 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
- 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej zdiagnozowanie Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym;
- 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdził uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących leczenia specjalistycznego kardiologicznego ubezpieczonego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU, Katalog metod Leczenia specjalistycznego kardiologicznego
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–5 OWDU, Katalog metod Leczenia specjalistycznego kardiologicznego

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące leczenia specjalistycznego kardiologicznego ubezpieczonego

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• Pakietu dodatkowego „Kardiologicznego”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących leczenia specjalistycznego kardiologicznego 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą 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 przeprowadzenie u Ciebie Leczenia specjalistycznego kardiologicznego;
 - 2) **Katalog metod Leczenia specjalistycznego kardiologicznego** – wykaz metod Leczenia specjalistycznego kardiologicznego wraz z ich definicjami oraz odpowiadającymi im wysokościami Świadczeń wyrażonymi jako procent Sumy ubezpieczenia, stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 3) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 4) **Leczenie specjalistyczne kardiologiczne** – jedna z metod leczenia przeprowadzona u Ciebie, wymieniona i zdefiniowana w Katalogu metod Leczenia specjalistycznego kardiologicznego;
 - 5) **Rozpoczęty proces diagnostyczny** – wskazanie przez lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia postępowania medycznego, na które składają się: dalszy wywiad chorobowy lub testy przesiewowe lub fizykalne badanie pacjenta lub badania dodatkowe, którego wynikiem jest diagnoza Choroby.
Za datę Rozpoczęcia procesu diagnostycznego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której otrzymasz wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest przeprowadzenie u Ciebie Leczenia specjalistycznego kardiologicznego w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, które znajduje się w Katalogu metod Leczenia specjalistycznego kardiologicznego.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Ciebie Leczenia specjalistycznego kardiologicznego rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową leczenia specjalistyczne kardiologiczne ubezpieczonego albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie leczenia specjalistycznego kardiologicznego ubezpieczonego.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Ciebie Leczenia specjalistycznego kardiologicznego jest wyłączona w przypadku Leczenia specjalistycznego kardiologicznego, którego przyczyną była Choroba, w stosunku do której Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny lub którą zdiagnozowano lub leczono w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku Choroby, która była przyczyną przeprowadzenia u Ciebie Leczenia specjalistycznego kardiologicznego lub którą zdiagnozowano lub leczono w ciągu 3 lat przed objęciem Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a Ty byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową leczenia specjalistyczne kardiologiczne ubezpieczonego albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie leczenia specjalistycznego kardiologicznego ubezpieczonego.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, a Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku Choroby, która była przyczyną przeprowadzenia u Ciebie Leczenia specjalistycznego kardiologicznego lub którą zdiagnozowano lub leczono w ciągu 3 lat przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia zmiany Wariantu ubezpieczenia, wariantu Pakietu dodatkowego lub od podwyższenia Sumy ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zostanie u Ciebie przeprowadzone Leczenie specjalistyczne kardiologiczne, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Leczenia specjalistycznego kardiologicznego, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.

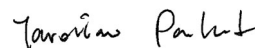
3. Wyplacimy Ci tylko jedno Świadczenie z tytułu tej samej przeprowadzonej u Ciebie metody Leczenia specjalistycznego kardiologicznego.
4. Wyplacimy Świadczenie wyłącznie za metody Leczenia specjalistycznego kardiologicznego, które nie są powiązane przyczynowo z wcześniej przeprowadzonymi u Ciebie metodami Leczenia specjalistycznego kardiologicznego, za które wyplaciliśmy Świadczenie, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego czynnika patogenego.
5. W przypadku przeprowadzenia u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności ablacji wyplacimy wyłącznie jedno Świadczenie, za metodę, która została przeprowadzona jako pierwsza, niezależnie od tego, jaką metodę przeprowadzono, tj. użycie prądu o częstotliwości radiowej, krioablacja punktowa lub krioablacja balonowa.
6. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy 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 kardiologicznego;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU, Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 4–6 OWDU, Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „Kardiologicznego”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu Twojego zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 3) **Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym** – tabela stanowiąca załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 4) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu polegające na jego trwałej dysfunkcji, będące następstwem Twojego Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym;
 - 5) **Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym** – powstałe w okresie trwania naszej odpowiedzialności nagłe, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (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

uderzenia 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 mózgu, rdzenia przedłużonego, rdzenia kręgowego, które spełniają powyższe kryteria.

Definicja nie obejmuje:

- a) epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego,
 - b) udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić,
 - c) przemijającego napadu niedokrwinnego (TIA) ani odwracalnego niedokrwinnego deficytu neurologicznego (RIND),
 - d) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych;
- 6) **Zawał serca** – powstała w okresie trwania naszej odpowiedzialności martwica części mięśnia sercowego, wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Zdiagnozowanie Zawału serca przez Lekarza specjalistę 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:
- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - b) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG,
 - c) uwidocznione w badaniach obrazowych nowe ubytki żywnego mięśnia sercowego lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej.
- Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego.
- Definicja nie obejmuje:
- a) innych ostrych zespołów wieńcowych, w których nie wykazano dowodów na dokonanie się martwicy mięśnia serca,
 - b) każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez Lekarza specjalistę (kardiologa),
 - c) podwyższenia biomarkerów sercowych, wynikających z zabiegu diagnostycznej angiografii wieńcowej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- 1) Zawał serca lub Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym zostanie zdiagnozowany w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 2) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Zawałem serca lub Udarem mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym a powstaniem u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 3) Trwały uszczerbek na zdrowiu znajduje się w Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniami 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) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Ciebie Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień zdiagnozowania Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.

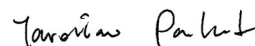
3. Rodzaj i stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalimy w oparciu o Tabelę Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od zdiagnozowania u Ciebie Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.
4. Zmiana rodzaju lub stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu po 36 miesiącach od dnia zdiagnozowania Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia.
5. Świadczenie przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu za jeden Zawał serca lub Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.
6. W razie uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były upośledzone już przed zdiagnozowaniem Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, ustalony u Ciebie stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejszy o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed zdiagnozowaniem Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.
7. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
8. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU, Katalog Chorób cywilizacyjnych
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–5 OWDU, Katalog Chorób cywilizacyjnych

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• Pakietu dodatkowego „Choroby cywilizacyjne”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Choroba cywilizacyjna** – jedna z chorób wymienionych i zdefiniowanych w Katalogu Chorób cywilizacyjnych;
 - Katalog Chorób cywilizacyjnych** – wykaz Chorób cywilizacyjnych wraz z ich definicjami oraz odpowiadające im wysokości Świadczeń wyrażone jako wartości procentowe Sumy ubezpieczenia, stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - Wystąpienie choroby cywilizacyjnej** – postawienie diagnozy choroby lub wystawienie skierowania na operację, które zostały wskazane w Katalogu Chorób cywilizacyjnych.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Wystąpienie u Ciebie choroby cywilizacyjnej, w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu Wystąpienia u Ciebie choroby cywilizacyjnej rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
- W okresie karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
- Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową zachorowanie ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne albo
 - poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,

w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariancie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne.

4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zachorujesz na jedną z Chorób cywilizacyjnych, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Wystąpienia choroby cywilizacyjnej, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. W przypadku wystąpienia u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności tego samego rodzaju Choroby cywilizacyjnej, wypłacimy Ci Świadczenie tylko za pierwszą diagnozę.
4. W przypadku wystąpienia u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwóch różnych Chorób cywilizacyjnych, nie ponosimy odpowiedzialności za te Choroby cywilizacyjne, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co Choroba cywilizacyjna, za którą wypłaciliśmy Świadczenie.
5. Jeżeli wypłacimy Świadczenie za Cukrzycę niewymagającą podawania insuliny – Typ 2 w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia, wypłata Świadczenia za Cukrzycę o ciężkim przebiegu – Typ 2 związana z pogorszeniem stanu zdrowia będzie wynosić 90% Sumy ubezpieczenia. Łączna kwota Świadczeń wypłaconych w związku z zachorowaniem na Cukrzycę, nie może przekroczyć 100% Sumy ubezpieczenia.
6. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej Wystąpienie choroby cywilizacyjnej;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących zachorowania ubezpieczonego na zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 2–3 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące zachorowania ubezpieczonego na zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• *Pakietu dodatkowego „Zdrowie Psychiczne”.*

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących zachorowania ubezpieczonego na zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie** – zdiagnozowanie u Ciebie przez Lekarza specjalistę, z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, zaburzenia wymienionego w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (o kodach F00–F09 oraz F20–F99) lub ICD 11 (o kodach 6A00–6C2Z, 6C50–6C51 oraz 6C70–6E8Z), leczonego szpitalnie na Oddziale psychiatrycznym Szpitala w trybie całodobowym i stacjonarnym;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - Oddział psychiatryczny Szpitala** – wydzielona część Szpitala, której zadaniem jest całodobowe leczenie chorób psychicznych lub zaburzeń zachowania;
 - 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.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest zdiagnozowanie u Ciebie Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania leczonego szpitalnie, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- Zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie zostanie zdiagnozowane w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- pobyt na Oddziale psychiatrycznym Szpitala rozpocznie się w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu zdiagnozowania u Ciebie Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania leczonego szpitalnie rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała umowę dodatkową zachorowanie ubezpieczonego na zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z aktualnej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż naszym towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością Sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie zachorowania ubezpieczonego na zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany Wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy przez okres 3 miesięcy Karencji, liczonej od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:
 - 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 2) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 3) niestosowaniem się przez Ciebie do zaleceń lekarskich, wskazanych w dokumentacji medycznej,
 - 4) zażywaniem przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką. Wyłączenie to dotyczy zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania wymienionego w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (kody F10-F19) lub ICD-11 (kody 6C40-6C4Z oraz 6C5Y-6C5Z);
2. Nie wypłacimy Świadczenia z tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli leczenie szpitalne zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania miało miejsce:
 - 1) na oddziale dziennym, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczy, ośrodku leczenia uzależnień (od: alkoholu, narkotyków lub leków);
 - 2) na oddziale rehabilitacyjnym; w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym;
 - 3) na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującym dalszą hospitalizacją.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

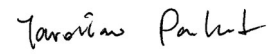
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zostanie zdiagnozowane u Ciebie Zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie wypłacimy Ci jedno Świadczenie w Roku polisowym, w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień zdiagnozowania Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania leczonego szpitalnie, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Jeżeli wystąpi u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia to samo Zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania leczone szpitalnie, wypłacimy Ci Świadczenie tylko raz, za pierwsze z nich.
4. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisją lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
5. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej wystąpienie Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania leczonego szpitalnie;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących pobytu ubezpieczonego w szpitalu

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–9, ust. 11–12, ust. 14–15, ust. 17–19, ust. 21–23, ust. 25–27, ust. 29–34 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące pobytu ubezpieczonego w szpitalu

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietów dodatkowych „Aktywni”, „Kardiologiczny” oraz „VIP”.

§ 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą 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 Twój pobyt w Szpitalu;
 - 2) **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;
 - 3) **Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 4) **Oddział psychiatryczny Szpitala** – wydzielona część Szpitala, której zadaniem jest całodobowe i stacjonarne leczenie zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania;
 - 5) **Oddział rehabilitacyjny** – wydzielona część Szpitala przystosowana do całodobowej opieki w warunkach stacjonarnych nad chorymi oraz ich leczenia, polegającego na przywróceniu pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej;
 - 6) **OIOM (oddział intensywnej opieki medycznej)** – wydzielony oddział Szpitala, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzeni 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 również pobyt na oddziale kardiologicznym z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, jak również 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;
 - 7) **Rekonwalescencja poszpitalna** – Twój pobyt na nieprzerwanym zwolnieniu lekarskim, następujący po zakończonym pobytku w Szpitalu;
 - 8) **Sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Polski zakład lecznictwa przeznaczony do leczenia przewlekłych stanów chorobowych oraz rekonwalescencji osób wymagających rehabilitacji lub utrwalenia wyników leczenia szpitalnego;

- 9) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny w rozumieniu ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze, z późn. zm., należące do przewoźnika lotniczego działającego zgodnie z przepisami tej ustawy, posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
- 10) **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 ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o żegludze śródlądowej, z późn. zm. oraz ustawy z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski, z późn. zm., posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją Statku wodnego;
- 11) **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;
- 12) **Udar mózgu** – powstałe w okresie trwania naszej odpowiedzialności nagle, ogniskowe uszkodzenie tkanki mózgowej w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu). Konieczne jest wystąpienie świeżych zmian naczyniopochodnych zaobserwowanych w badaniach obrazowych (np. w badaniu rezonansu magnetycznego, badaniu tomografii komputerowej) i co najmniej jednego z poniższych kryteriów:
- a) stwierdzenie obecności ogniskowych objawów neurologicznych trwających ponad 24 godziny, ale krócej niż 60 dni albo
- b) stwierdzenie obecności ogniskowych objawów neurologicznych trwających krócej niż 24 godziny, jeżeli zastosowano leczenie trombolityczne.
- Odpowiedzialnością objęte są również przypadki udaru mózdzku, rdzenia przedłużonego, rdzenia kręgowego, które spełniają powyższe kryteria.
- Definicja udaru mózgu nie obejmuje:
- a) epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego,
- b) udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić,
- c) przemijającego napadu niedokrwinnego (TIA), ani odwracalnego niedokrwinnego deficytu neurologicznego (RIND),
- d) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych;
- 13) **Wypadek** – zdarzenie nagle, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym, które było przyczyną Twojego pobytu w Szpitalu;
- 14) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, któremu uległaś/eś jako:
- a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu, członek załogi lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
- b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających z udziałem Statku wodnego,
- c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.
- Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch;
- 15) **Wypadek przy pracy** – Wypadek zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku. Definicja Wypadku przy pracy nie obejmuje wypadku w drodze do pracy i z pracy, zgodnie z kwalifikacją wypadku zamieszczoną w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku;
- 16) **Zawał serca** – powstała w okresie trwania naszej odpowiedzialności martwica części mięśnia sercowego, wywołana nagłym przerwaniami dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Zdiagnozowanie Zawału serca przez Lekarza specjalistę 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:
- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- b) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG,
- c) uwidocznione w badaniach obrazowych nowe ubytki żywnego mięśnia sercowego lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej.
- Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego.
- Definicja nie obejmuje:
- a) innych ostrych zespołów wieńcowych, w których nie wykazano dowodów na dokonanie się martwicy mięśnia serca,
- b) każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako Zawał serca przez Lekarza specjalistę (kardiologa),
- c) podwyższenia biomarkerów sercowych, wynikających z zabiegu diagnostycznej angiografii wieńcowej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Twój pobyt w Szpitalu, który rozpocznie się i będzie trwał w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Pobyt w Szpitalu może następować w wyniku:
 - 1) Choroby;
 - 2) Zawału serca lub Udaru mózgu;

- 3) Wypadku;
- 4) Wypadku komunikacyjnego;
- 5) Wypadku przy pracy.
3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 1) Twój pobyt na OIOM w wyniku Choroby, w ramach:
 - a) Wariantu I – Świadczenie dzienne albo
 - b) Wariantu II – Świadczenie jednorazowe;
 - 2) Twój pobyt na OIOM w wyniku Wypadku, w ramach:
 - a) Wariantu I – Świadczenie dzienne albo
 - b) Wariantu II – Świadczenie jednorazowe;
 - 3) Twój pobyt na Oddziale rehabilitacyjnym;
 - 4) Twój pobyt w Sanatorium;
 - 5) Twój pobyt na Oddziale psychiatrycznym Szpitala;
 - 6) Twoją Rekonwalescencję poszpitalną;
 - 7) Świadczenie lekowe po Twoim pobycie w Szpitalu.
4. Zakres ubezpieczenia uwzględniający przyczynę pobytu w Szpitalu oraz rozszerzenie zakresu ubezpieczenia zostaną potwierdzone w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu Twojego pobytu w Szpitalu rozpoczyna się:
 - 1) w przypadku objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia – w dniu objęcia ochroną;
 - 2) w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Twój pobyt na OIOM, na Oddziale rehabilitacyjnym, w Sanatorium, na Oddziale psychiatrycznym Szpitala, Rekonwalescencję poszpitalną lub Świadczenie lekowe – w dniu rozszerzenia ochrony,
 i w każdym z powyższych przypadków jest ograniczona w okresie Karencji liczonej od ww. dni.
2. Nasza odpowiedzialność jest ograniczona do zdarzeń, które są następstwem Wypadku, Wypadku komunikacyjnego lub Wypadku przy pracy w okresie:
 - 1) 1 miesiąca Karencji w zakresie pobytu w Szpitalu, pobytu na OIOM, Rekonwalescencji poszpitalnej, pobytu na Oddziale psychiatrycznym Szpitala;
 - 2) 3 miesięcy Karencji w zakresie pobytu w Sanatorium.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową pobyt ubezpieczonego w szpitalu albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,
 w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie wynikające z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) rozpoznany u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z (nie dotyczy zakresu ubezpieczenia obejmującego pobyt na Oddziale psychiatrycznym Szpitala);
 - 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
 - 6) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
 - 7) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 8) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 10) pozostawianiem przez Ciebie:
 - a) na oddziale dziennym, w hospicjum, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej,
 - b) w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym (nie dotyczy zakresu ubezpieczenia obejmującego pobyt w Sanatorium),
 - c) na oddziale rehabilitacyjnym (nie dotyczy zakresu ubezpieczenia obejmującego pobyt na Oddziale rehabilitacyjnym),
 - d) na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującym dalszą hospitalizacją (nie dotyczy zakresu ubezpieczenia obejmującego pobyt na Oddziale rehabilitacyjnym oraz pobyt w Sanatorium);
 - 11) pełnieniem przez Ciebie służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
 - 12) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji:
 - a) rekonstrukcyjnych będących następstwem Wypadków lub
 - b) wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym lub
 - c) w związku z chorobami nowotworowymi.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

POBYT W SZPITALU

2. Jeżeli będziesz przebywać w Szpitalu, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia za każdy Dzień pobytu w Szpitalu, obowiązującej na dzień rozpoczęcia pobytu w Szpitalu.
3. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że pobyt w Szpitalu w wyniku:
 - 1) Choroby – będzie trwał co najmniej 3 dni;
 - 2) Zawału serca lub Udaru mózgu – będzie trwał co najmniej 3 dni;
 - 3) Wypadku – będzie trwał co najmniej 1 dzień;
 - 4) Wypadku komunikacyjnego – będzie trwał co najmniej 1 dzień;
 - 5) Wypadku przy pracy – będzie trwał co najmniej 1 dzień.
4. Jeżeli Twój pobyt w Szpitalu, którego przyczyną będzie Choroba, Zawał serca lub Udar mózgu rozpocznie się w okresie Karencji, wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za Dni pobytu w Szpitalu przypadające po zakończeniu tego okresu.
5. Świadczenie z tytułu pobytu w Szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego, Wypadku przy pracy, Zawału serca lub Udaru mózgu przysługuje, pod warunkiem spełnienia następujących warunków:
 - 1) pobyt w Szpitalu rozpocznie się nie później niż 14 dni od dnia:
 - a) wystąpienia Wypadku komunikacyjnego, Wypadku przy pracy albo
 - b) zdiagnozowania Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 2) w przypadku pobytu w Szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu – Zawał serca lub Udar mózgu zostanie diagnozowany w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 3) w przypadku pobytu w Szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego lub Wypadku w pracy:
 - a) pobyt ten będzie pierwszym pobytem w Szpitalu spowodowanym danym Wypadkiem komunikacyjnym lub Wypadkiem przy pracy oraz
 - b) Wypadek przy pracy lub Wypadek komunikacyjny wystąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Za pierwszy pobyt w Szpitalu spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym, Wypadkiem przy pracy nie uważa się wcześniejszego pobytu na oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującego dalszą hospitalizacją związaną z tym samym Wypadkiem komunikacyjnym lub Wypadkiem przy pracy.

POBYT NA OIOM

7. Jeżeli będziesz przebywać na OIOM, wypłacimy Ci:
 - 1) w ramach Wariantu I – Świadczenie za maksymalnie 5 kolejnych dni pobytu na OIOM w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na 1. dzień pobytu na OIOM albo
 - 2) w ramach Wariantu II – Świadczenie jednorazowe za pobyt na OIOM w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia obowiązującej na 1. dzień pobytu na OIOM.
8. Świadczenie wypłacimy za pobyt na OIOM, który rozpocznie się i będzie trwał w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
9. W przypadku kilkukrotnych pobytów na OIOM w trakcie jednego nieprzerwanego pobytu w Szpitalu, Świadczenie przysługuje za jeden pobyt na OIOM.
10. Świadczenie z tytułu pobytu na OIOM wypłacane jest niezależnie od Świadczenia z tytułu pobytu w Szpitalu.
11. Jeżeli Twój pobyt na OIOM, w ramach Wariantu I, którego przyczyną będzie Choroba, rozpocznie się w okresie Karencji, wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za dni pobytu na OIOM przypadające po zakończeniu tego okresu.
12. Jeżeli przyczyną pobytu na OIOM, w ramach Wariantu II, będzie Choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie Karencji i kończącego się po tym okresie.

POBYT NA ODDZIALE REHABILITACYJNYM

13. Jeżeli będziesz przebywać na Oddziale rehabilitacyjnym, wypłacimy Ci jednorazowe Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na 1. dzień pobytu na Oddziale rehabilitacyjnym.

14. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że:
- 1) pobyt rozpocznie się i będzie trwał co najmniej 4 dni w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz
 - 2) będzie pierwszym pobytem na Oddziale rehabilitacyjnym po pobycie w Szpitalu, za który otrzymasz od nas Świadczenie.
15. Świadczenie za pobyt na Oddziale rehabilitacyjnym otrzymasz od nas za jeden taki pobyt w Roku polisowym.

POBYT W SANATORIUM

16. Jeżeli będziesz przebywać w Sanatorium, wypłacimy Ci jednorazowe Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na 1. dzień pobytu w Sanatorium.
17. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że:
- 1) pobyt rozpocznie się w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i będzie trwał co najmniej 7 dni oraz
 - 2) pobyt w Sanatorium będzie realizowany na podstawie skierowania wystawionego przez podmiot do tego uprawniony.
18. Świadczenie za pobyt w Sanatorium otrzymasz od nas za jeden taki pobyt w Roku polisowym.
19. Jeżeli przyczyną pobytu w Sanatorium będzie Choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie Karencji i kończącego się po tym okresie.

REKONWALESCENCJA POSZPITALNA

20. Jeżeli będziesz przebywać na Rekonwalescencji poszpitalnej, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia za każdy dzień pobytu na zwolnieniu lekarskim, obowiązującej na dzień rozpoczęcia Rekonwalescencji poszpitalnej.
21. Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji poszpitalnej przysługuje począwszy od dnia następnego po dniu wypisu ze Szpitala w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia lekarskiego.
22. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że:
- 1) pobyt w Szpitalu oraz pobyt na zwolnieniu lekarskim będą trwały w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 2) pobyt w Szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie będzie trwał co najmniej 10 dni;
 - 3) otrzymasz od nas Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu.
23. W przypadku osób, które nie odprowadzają składek chorobowych, emerytów, osób bezrobotnych, rencistów, osób otrzymujących świadczenie rehabilitacyjne, Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji poszpitalnej przysługuje w wysokości odpowiadającej 15-krotności Świadczenia wskazanego w Umowie ubezpieczenia.

POBYT NA ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM SZPITALA

24. Jeżeli będziesz przebywać na Oddziale psychiatrycznym Szpitala, wypłacimy Ci jednorazowe Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na 1. dzień pobytu na Oddziale psychiatrycznym Szpitala.
25. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że pobyt rozpocznie się i będzie trwał co najmniej 3 dni w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
26. Świadczenie za pobyt na Oddziale psychiatrycznym Szpitala otrzymasz od nas za jeden taki pobyt w Roku polisowym.
27. Jeżeli przyczyną pobytu na Oddziale psychiatrycznym Szpitala będzie Choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie Karencji i kończącego się po tym okresie.

ŚWIADCZENIE LEKOWE

28. Jeżeli będziesz przebywać w Szpitalu, wypłacimy Ci dodatkowo jednorazowe Świadczenie lekowe w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na 1. dzień pobytu w Szpitalu.
29. Świadczenie lekowe wypłacimy, pod warunkiem że:
- 1) będziesz przebywać w Szpitalu w wyniku Choroby, Zawału serca lub Udaru mózgu co najmniej 3 dni albo w wyniku Wypadku, Wypadku komunikacyjnego lub Wypadku w pracy co najmniej 1 dzień;
 - 2) otrzymasz od nas Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu.
30. Świadczenie lekowe otrzymasz od nas maksymalnie za 3 rozpoczęte pobyty w Szpitalu w Roku polisowym.

POSTANOWIENIA WSPÓLNE DLA WSZYSTKICH ŚWIADCZEŃ

31. Wypłacimy Świadczenie z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Chorobą, Zawałem serca lub Udarem mózgu, Wypadkiem, Wypadkiem komunikacyjnym lub Wypadkiem w pracy a Twoim pobytem w Szpitalu.
32. Jeżeli Twój pobyt w Szpitalu lub pobyt na OIOM (w ramach Wariantu I) rozpocznie się w okresie obowiązywania Poprzedniej umowy ubezpieczenia, a zakończy w trakcie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, Świadczenie przysługuje wyłącznie za pobyt przypadający w okresie naszej odpowiedzialności, pod warunkiem że:
- 1) pobyt w Szpitalu w wyniku Choroby, Zawału serca lub Udaru mózgu będzie trwał co najmniej 3 dni;
 - 2) zostaną doręczone nam, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia dokumenty potwierdzające zakres ochrony oraz data zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym w zakresie pobytu ubezpieczonego w szpitalu.
33. Jeżeli Twój pobyt w Szpitalu, na OIOM, Oddziale rehabilitacyjnym, Oddziale psychiatrycznym lub w Sanatorium rozpocznie się w okresie obowiązywania tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończy po jego upływie, Świadczenie przysługuje:
- 1) w przypadku pobytu w Szpitalu w wyniku Choroby, Zawału serca lub Udaru mózgu – wyłącznie za dni pobytu w szpitalu przypadające w okresie naszej odpowiedzialności, jeżeli pobyt będzie trwał co najmniej 3 dni;
 - 2) w przypadku pobytu na OIOM w ramach Wariantu I – wyłącznie za dni pobytu na OIOM przypadające w okresie naszej odpowiedzialności;

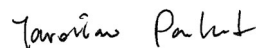
- 3) w przypadku pobytu na Oddziale psychiatrycznym Szpitala – jeżeli pobyt będzie trwał co najmniej 3 dni;
 - 4) w przypadku pobytu w Sanatorium – jeżeli pobyt będzie trwał co najmniej 7 dni.
34. W przypadku, gdy Rekonwalescencja poszpitalna rozpocznie się w okresie obowiązywania tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i zakończy się po tym okresie, Świadczenie przysługuje wyłącznie za każdy dzień Rekonwalescencji przypadający w okresie trwania naszej odpowiedzialności.
35. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego/sanatoryjnego;
 - 4) skierowania do Sanatorium w przypadku pobytu w Sanatorium;
 - 5) zwolnienia lekarskiego wydanego przez Szpital w przypadku Rekonwalescencji poszpitalnej;
 - 6) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 7) kopii protokołu powypadkowego BHP lub karty wypadku;
 - 8) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących operacji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 6 OWDU, Katalog operacji, Katalog powikłań operacji
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 4, § 5, § 6 ust. 5–7 OWDU, Katalog operacji, Katalog powikłań operacji

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące operacji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „VIP”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących operacji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli, uzasadniające przeprowadzenie u Ciebie Operacji;
 - Katalog operacji** – wykaz Operacji oraz odpowiadające im poziomy trudności od 1 (Operacje najlżejsze) do 5 (Operacje najcięższe), stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Katalog powikłań operacji** – wykaz Powikłań operacji oraz odpowiadające im poziomy trudności od 1 (Powikłania operacji najlżejsze) do 4 (Powikłania operacji najcięższe), stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Operacja** – operacja chirurgiczna wykonana w Placówce medycznej przez zespół lekarzy/lekarza o specjalności zabiegowej, mająca na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania lub 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;
 - Placówka medyczna** – miejsce wykonywania Operacji, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta. Przez Placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia;
 - Powikłania operacji** – nieplanowany wynik operacji powodujący uszkodzenie lub dysfunkcję organu, narządu lub układu, niewystępujących przed Operacją. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie Powikłania operacji, które wystąpią w ciągu 3 miesięcy po wykonanej operacji oraz które znajdują się w Katalogu powikłań operacji;
 - Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym, które było przyczyną przeprowadzenia u Ciebie Operacji.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

- Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest przeprowadzenie u Ciebie:
 - Operacji w wyniku Choroby lub Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- a) Operacja zostanie przeprowadzona w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia,
- b) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Chorobą lub Wypadkiem a przeprowadzoną u Ciebie Operacją;
- 2) Operacji mającej na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania wymienionej w Katalogu operacji w zakresie sekcji R „operacje prewencyjne”, w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Zakres ubezpieczenia występuje w jednym z 2 wariantów:
 - 1) **Wariant 1 – Operacje** – zgodnie z którym, za Operację wskazaną w Katalogu operacji, w zależności od jej poziomu, wypłacimy Świadczenie w następującej wysokości:
 - a) poziom 1 – 5% Sumy ubezpieczenia,
 - b) poziom 2 – 10% Sumy ubezpieczenia,
 - c) poziom 3 – 30% Sumy ubezpieczenia,
 - d) poziom 4 – 50% Sumy ubezpieczenia,
 - e) poziom 5 – 100% Sumy ubezpieczenia.Dodatkowo za Operacje niewymienione w Katalogu operacji wypłacimy Świadczenie w wysokości 5% Sumy ubezpieczenia.
 - 2) **Wariant 2 – Operacje plus** – zgodnie z którym, za Operację wskazaną w Katalogu operacji, w zależności od jej poziomu, wypłacimy Świadczenie w następującej wysokości:
 - a) poziom 1 – 10% Sumy ubezpieczenia,
 - b) poziom 2 – 25% Sumy ubezpieczenia,
 - c) poziom 3 – 50% Sumy ubezpieczenia,
 - d) poziom 4 – 75% Sumy ubezpieczenia,
 - e) poziom 5 – 100% Sumy ubezpieczenia.Dodatkowo za Operacje niewymienione w Katalogu operacji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia.
3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 1) Powikłania operacji, które nastąpiły w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, zgodnie z którymi za Powikłania operacji wskazane w Katalogu powikłań operacji, w zależności od ich poziomu, wypłacimy Świadczenie w następującej wysokości:
 - a) poziom 1 – 15% Sumy ubezpieczenia,
 - b) poziom 2 – 30% Sumy ubezpieczenia,
 - c) poziom 3 – 50% Sumy ubezpieczenia,
 - d) poziom 4 – 100% Sumy ubezpieczenia.
 - 2) Świadczenie pooperacyjne.
4. Wybór wariantu Operacji oraz rozszerzenie zakresu ubezpieczenia zostaną potwierdzone w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Ciebie Operacji rozpoczyna się:
 - 1) w przypadku objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia – w dniu objęcia ochroną i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji;
 - 2) w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Powikłania operacji – w dniu rozszerzenia ochrony i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji;
 - 3) w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Świadczenie pooperacyjne – w dniu rozszerzenia ochrony.
2. W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Powikłania operacji nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Operacji lub Powikłań operacji, których przeprowadzenie będzie następstwem Wypadku.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia lub poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie wynikające z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie pod warunkiem, że poprzednia ochrona ubezpieczeniowa obejmowała:
 - 1) operacje ubezpieczonego – w przypadku zgłoszenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu operacji ubezpieczonego;
 - 2) powikłania operacji ubezpieczonego – w przypadku zgłoszenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu powikłań operacji ubezpieczonego.W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony oraz datę zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie operacji ubezpieczonego lub powikłań operacji ubezpieczonego.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 6 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 7) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 8) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) pełnieniem przez Ciebie służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
- 12) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami w celach diagnostycznych;
- 13) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami zmniejszenia lub powiększenia piersi (z wyjątkiem wskazań medycznych) lub przeprowadzeniem operacji korekty płci;
- 14) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji:
 - a) rekonstrukcyjnych będących następstwem wypadków lub
 - b) wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym lub
 - c) w związku z chorobami nowotworowymi;
- 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 stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych będących następstwem wypadków.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

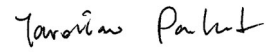
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zostanie u Ciebie przeprowadzona Operacja w wyniku Choroby lub Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Operacji.
3. Jeżeli Twój zakres ubezpieczenia został rozszerzony o Świadczenie pooperacyjne i wypłacimy Ci Świadczenie za przeprowadzenie Operacji z poziomu 4 lub 5, zgodnie z Katalogiem operacji, otrzymasz od nas dodatkowo jednorazowe Świadczenie pooperacyjne w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Operacji.
4. Jeżeli wystąpi u Ciebie Powikłanie operacji, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień stwierdzenia Powikłania operacji.
5. Jeżeli w trakcie jednego zabiegu została wykonana więcej niż jedna Operacja, wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie w wysokości odpowiadającej najcięższej Operacji.
6. Wypłacimy Świadczenie maksymalnie za 3 Operacje przeprowadzone w Roku polisowym.
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. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
9. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej z Placówki medycznej potwierdzającej wykonanie Operacji;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 6 OWDU, Katalog operacji
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 4, § 5, § 6 ust. 3–5 OWDU, Katalog operacji

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Katalog operacji** – wykaz Operacji oraz odpowiadające im poziomy skali trudności od 1 (Operacje najlżejsze) do 5 (Operacje najcięższe), stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 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;
 - Placówka medyczna** – miejsce wykonywania Operacji, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta. Przez Placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia;
 - Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym, które było przyczyną przeprowadzenia u Ciebie Operacji.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

- Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest przeprowadzenie u Ciebie Operacji w wyniku Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - Operacja zostanie przeprowadzona w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a przeprowadzoną u Ciebie Operacją.
- Zakres ubezpieczenia występuje w jednym z 2 wariantów:
 - Wariant 1 – Operacje** – zgodnie z którym, za Operację wskazaną w Katalogu operacji, w zależności od jej poziomu, wypłacimy Świadczenie w następującej wysokości:
 - poziom 1 – 5% Sumy ubezpieczenia,
 - poziom 2 – 10% Sumy ubezpieczenia,
 - poziom 3 – 30% Sumy ubezpieczenia,
 - poziom 4 – 50% Sumy ubezpieczenia,
 - poziom 5 – 100% Sumy ubezpieczenia.

Dodatkowo za Operacje niewymienione w Katalogu operacji wypłacimy Świadczenie w wysokości 5% Sumy ubezpieczenia.

- 2) **Wariant 2 – Operacje plus** – zgodnie z którym, za Operację wskazaną w Katalogu operacji, w zależności od jej poziomu, wypłacimy Świadczenie w następującej wysokości:
- a) poziom 1 – 10% Sumy ubezpieczenia,
 - b) poziom 2 – 25% Sumy ubezpieczenia,
 - c) poziom 3 – 50% Sumy ubezpieczenia,
 - d) poziom 4 – 75% Sumy ubezpieczenia,
 - e) poziom 5 – 100% Sumy ubezpieczenia.

Dodatkowo za Operacje niewymienione w Katalogu operacji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia.

3. Wybór wariantu Operacji zostanie potwierdzony w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Ciebie Operacji w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleceniem lub okaleceniem 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) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 7) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 8) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) pełnieniem przez Ciebie służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
- 12) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami w celach diagnostycznych;
- 13) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji:
 - a) rekonstrukcyjnych będących następstwem wypadków lub
 - b) wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym;
- 14) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych będących następstwem wypadków.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zostanie u Ciebie przeprowadzona Operacja w wyniku Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia obowiązującej na dzień przeprowadzenia Operacji.
3. Jeżeli w trakcie jednego zabiegu została wykonana więcej niż jedna Operacja, wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie w wysokości odpowiadającej najcięższej Operacji.
4. Wypłacimy Świadczenie maksymalnie za 3 Operacje przeprowadzone w Roku polisowym.
5. 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.

6. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej z Placówki medycznej potwierdzającej wykonanie Operacji;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 6 OWDU, Katalog operacji
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 4, § 5, § 6 ust. 3–5 OWDU, Katalog operacji

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Katalog operacji** – wykaz Operacji oraz odpowiadające im poziomy skali trudności od 1 (Operacje najlżejsze) do 5 (Operacje najcięższe), stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 2) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 3) **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;
 - 4) **Placówka medyczna** – miejsce wykonywania Operacji, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta. Przez Placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia;
 - 5) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny w rozumieniu ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze, z późn. zm., należące do przewoźnika lotniczego działającego zgodnie z przepisami tej ustawy, posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 6) **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 ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o żegludze śródlądowej, z późn. zm. oraz ustawy z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski, z późn. zm., posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją Statku wodnego;
 - 7) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, któremu uległaś/eś jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu, członek załogi lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających z udziałem Statku wodnego,

c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.

Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest przeprowadzenie u Ciebie Operacji w wyniku Wypadku komunikacyjnego, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Operacja zostanie przeprowadzona w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 2) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym, a przeprowadzoną u Ciebie Operacją.
2. Zakres ubezpieczenia występuje w jednym z 2 wariantów:
 - 1) **Wariant 1 – Operacje** – zgodnie z którym, za Operację wskazaną w Katalogu operacji, w zależności od jej poziomu, wypłacimy Świadczenie w następującej wysokości:
 - a) poziom 1 – 5% Sumy ubezpieczenia,
 - b) poziom 2 – 10% Sumy ubezpieczenia,
 - c) poziom 3 – 30% Sumy ubezpieczenia,
 - d) poziom 4 – 50% Sumy ubezpieczenia,
 - e) poziom 5 – 100% Sumy ubezpieczenia.Dodatkowo za Operacje niewymienione w Katalogu operacji wypłacimy Świadczenie w wysokości 5% Sumy ubezpieczenia.
 - 2) **Wariant 2 – Operacje plus** – zgodnie z którym, za Operację wskazaną w Katalogu operacji, w zależności od jej poziomu, wypłacimy Świadczenie w następującej wysokości:
 - a) poziom 1 – 10% Sumy ubezpieczenia,
 - b) poziom 2 – 25% Sumy ubezpieczenia,
 - c) poziom 3 – 50% Sumy ubezpieczenia,
 - d) poziom 4 – 75% Sumy ubezpieczenia,
 - e) poziom 5 – 100% Sumy ubezpieczenia.Dodatkowo za Operacje niewymienione w Katalogu operacji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia.
3. Wybór wariantu Operacji zostanie potwierdzony w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Ciebie Operacji rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 7) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 8) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) pełnieniem przez Ciebie służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;

- 12) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami w celach diagnostycznych;
- 13) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji:
 - a) rekonstrukcyjnych będących następstwem wypadków lub
 - b) wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym;
- 14) operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych będących następstwem wypadków.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

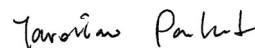
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zostanie u Ciebie przeprowadzona Operacja w wyniku Wypadku komunikacyjnego, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Operacji.
3. Jeżeli w trakcie jednego zabiegu została wykonana więcej niż jedna Operacja, wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie w wysokości odpowiadającej najcięższej Operacji.
4. Wypłacimy Świadczenie maksymalnie za 3 Operacje przeprowadzone w Roku polisowym.
5. 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.
6. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej z Placówki medycznej potwierdzającej wykonanie Operacji;
 - 4) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 6 OWDU, Katalog operacji
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 4, § 5, § 6 ust. 3–5 OWDU, Katalog operacji

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Katalog operacji** – wykaz Operacji oraz odpowiadające im poziomy skali trudności od 1 (Operacje najlżejsze) do 5 (Operacje najcięższe), stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 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;
 - Placówka medyczna** – miejsce wykonywania Operacji, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta. Przez Placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia;
 - Wypadek przy pracy** – wypadek zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku. Definicja Wypadku przy pracy nie obejmuje wypadku w drodze do pracy i z pracy, zgodnie z kwalifikacją wypadku zamieszczoną w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

- Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest przeprowadzenie u Ciebie Operacji w wyniku Wypadku przy pracy, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - Operacja zostanie przeprowadzona w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem przy pracy a przeprowadzoną u Ciebie Operacją.
- Zakres ubezpieczenia występuje w jednym z 2 wariantów:
 - Wariant 1 – Operacje** – zgodnie z którym, za Operację wskazaną w Katalogu operacji, w zależności od jej poziomu, wypłacimy Świadczenie w następującej wysokości:
 - poziom 1 – 5% Sumy ubezpieczenia,
 - poziom 2 – 10% Sumy ubezpieczenia,
 - poziom 3 – 30% Sumy ubezpieczenia,
 - poziom 4 – 50% Sumy ubezpieczenia,
 - poziom 5 – 100% Sumy ubezpieczenia.

Dodatkowo za Operacje niewymienione w Katalogu operacji wypłacimy Świadczenie w wysokości 5% Sumy ubezpieczenia.

- 2) **Wariant 2 – Operacje plus** – zgodnie z którym, za Operację wskazaną w Katalogu operacji, w zależności od jej poziomu, wypłacimy Świadczenie w następującej wysokości:
- a) poziom 1 – 10% Sumy ubezpieczenia,
 - b) poziom 2 – 25% Sumy ubezpieczenia,
 - c) poziom 3 – 50% Sumy ubezpieczenia,
 - d) poziom 4 – 75% Sumy ubezpieczenia,
 - e) poziom 5 – 100% Sumy ubezpieczenia.

Dodatkowo za Operacje niewymienione w Katalogu operacji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia.

3. Wybór wariantu Operacji zostanie potwierdzony w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Ciebie Operacji w wyniku Wypadku przy pracy rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleceniem lub okaleceniem 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) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 7) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 8) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) pełnieniem przez Ciebie służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
- 12) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami w celach diagnostycznych;
- 13) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji:
 - a) rekonstrukcyjnych będących następstwem wypadków lub
 - b) wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym;
- 14) przeprowadzonymi u Ciebie operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych będących następstwem wypadków.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zostanie u Ciebie przeprowadzona Operacja w wyniku Wypadku przy pracy, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Operacji.
3. Jeżeli w trakcie jednego zabiegu została wykonana więcej niż jedna Operacja, wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie w wysokości odpowiadającej najcięższej Operacji.
4. Wypłacimy Świadczenie maksymalnie za 3 Operacje przeprowadzone w Roku polisowym.
5. 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.

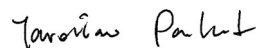
6. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej z Placówki medycznej potwierdzającej wykonanie Operacji;
 - 4) kopii protokołu powypadkowego BHP lub karty wypadku;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby lub wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 4 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby lub wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby lub wypadku stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Niezdolność do pracy** – trwałe zmiany w stanie Twojego zdrowia spowodowane chorobą lub wypadkiem, powodujące, że jesteś całkowicie niezdolna/y do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, co zostało potwierdzone orzeczeniem o niezdolności do pracy wydanym przez podmiot uprawniony zgodnie z przepisami prawa lub Komisję lekarską;
 - Wypadek** – zdarzenie nagle, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Ciebie Niezdolności do pracy w wyniku Choroby lub Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- Wypadek nastąpi lub Choroba zostanie zdiagnozowana w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- Niezdolność do pracy powstanie w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy chorobą lub wypadkiem a powstaniem u Ciebie Niezdolności do pracy.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Niezdolności do pracy w wyniku Choroby lub Wypadku rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
- W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Niezdolności do pracy, która jest następstwem Wypadku.

3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową niezdolność ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby lub wypadku albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby lub wypadku.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) rozpoznany u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

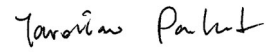
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Ciebie Niezdolność do pracy w wyniku Choroby lub Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień powstania Niezdolności do pracy lub na dzień wydania orzeczenia, jeżeli nie wskazano w jego treści dnia powstania Niezdolności do pracy, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Niezdolności do pracy w wyniku Choroby lub Wypadku wygasa nasza odpowiedzialność z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Niezdolności do pracy;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 4 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietów dodatkowych: „Wypadek” oraz „VIP”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Niezdolność do pracy** – trwałe zmiany w stanie Twojego zdrowia spowodowane Wypadkiem, powodujące że jesteś całkowicie niezdolna/y do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, co zostało potwierdzone orzeczeniem o niezdolności do pracy wydanym przez podmiot uprawniony zgodnie z przepisami prawa lub Komisję lekarską;
 - Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Ciebie Niezdolności do pracy w wyniku Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- Wypadek nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- Niezdolność do pracy powstanie w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a powstaniem u Ciebie Niezdolności do pracy.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Niezdolności do pracy w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- samookaleceniem lub okaleceniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
- 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) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

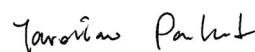
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Ciebie Niezdolność do pracy w wyniku Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień powstania Niezdolności do pracy lub na dzień wydania orzeczenia, jeżeli nie wskazano w jego treści dnia powstania Niezdolności do pracy.
3. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Niezdolności do pracy w wyniku Wypadku wygasa nasza odpowiedzialność z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Niezdolności do pracy;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku komunikacyjnego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 4 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku komunikacyjnego

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „Wypadek”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku komunikacyjnego stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Niezdolność do pracy** – trwałe zmiany w stanie Twojego zdrowia spowodowane Wypadkiem komunikacyjnym, powodujące, że jesteś całkowicie niezdolna/y do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, co zostało potwierdzone orzeczeniem o niezdolności do pracy wydanym przez podmiot uprawniony zgodnie z przepisami prawa lub Komisję lekarską;
 - Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny w rozumieniu ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze, z późn. zm., należące do przewoźnika lotniczego działającego zgodnie z przepisami tej ustawy, posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 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 ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o żegludze śródlądowej, z późn. zm. oraz ustawy z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski, z późn. zm., posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją Statku wodnego;
 - Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, któremu uległaś/eś jako:
 - kierowca, pasażer, uczestnik ruchu, członek załogi lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - pasażer lub osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających z udziałem Statku wodnego,
 - pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.
 Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Ciebie Niezdolności do pracy w wyniku Wypadku komunikacyjnego, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- 1) Wypadek komunikacyjny nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 2) Niezdolność do pracy powstanie w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 3) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a powstaniem u Ciebie Niezdolności do pracy.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Niezdolności do pracy w wyniku Wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

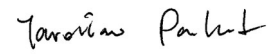
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Ciebie Niezdolność do pracy w wyniku Wypadku komunikacyjnego, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień powstania Niezdolności do pracy lub na dzień wydania orzeczenia, jeżeli nie wskazano w jego treści dnia powstania Niezdolności do pracy.
3. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Niezdolności do pracy w wyniku Wypadku komunikacyjnego wygasa nasza odpowiedzialność z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Niezdolności do pracy;
 - 4) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku przy pracy

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 4 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku przy pracy

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „Wypadek”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku przy pracy stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Niezdolność do pracy** – trwałe zmiany w stanie Twojego zdrowia spowodowane Wypadkiem przy pracy, powodujące, iż jesteś całkowicie niezdolna/y do wykonywania jakiejkolwiek pracy nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy, co zostało potwierdzone orzeczeniem o niezdolności do pracy wydanym przez podmiot uprawniony zgodnie z przepisami prawa lub Komisję lekarską;
 - Wypadek przy pracy** – wypadek zakwalifikowany jako wypadek przy pracy w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku. Definicja Wypadku przy pracy nie obejmuje wypadku w drodze do pracy i z pracy, zgodnie z kwalifikacją wypadku zamieszczoną w protokole powypadkowym BHP lub karcie wypadku.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Ciebie Niezdolności do pracy w wyniku Wypadku przy pracy, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- Wypadek przy pracy nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- Niezdolność do pracy powstanie w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem przy pracy a powstaniem u Ciebie Niezdolności do pracy.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Niezdolności do pracy w wyniku Wypadku przy pracy rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

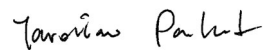
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Ciebie Niezdolność do pracy w wyniku Wypadku przy pracy, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień powstania Niezdolności do pracy lub na dzień wydania orzeczenia, jeżeli nie wskazano w jego treści dnia powstania Niezdolności do pracy.
3. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Niezdolności do pracy w wyniku Wypadku przy pracy wygasa nasza odpowiedzialność z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Niezdolności do pracy;
 - 4) kopii protokołu powypadkowego BHP lub karty wypadku;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 4 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
 • podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących niezdolności ubezpieczonego do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Niezdolność do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej** – zmiana w stanie Twojego zdrowia potwierdzona właściwym orzeczeniem lekarskim na podstawie którego została wydana decyzja przez państwowego inspektora sanitarnego o stwierdzeniu choroby zawodowej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w sprawie chorób zawodowych. Chorobami zawodowymi objętymi naszą ochroną są:
 - guzki głosowe twarde,
 - wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych,
 - niedowład mięśni wewnętrznych krtani z wrzecionowatą niedomykalnością fonacyjną głosi i trwałą dysfonią.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Ciebie Niezdolności do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- orzeczenie lekarskie o rozpoznaniu choroby zawodowej zostanie wydane w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- decyzja o stwierdzeniu choroby zawodowej zostanie przez państwowego inspektora sanitarnego, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w sprawie chorób zawodowych w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu Niezdolności do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.

2. W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową niezdolność do pracy ubezpieczonego w wyniku choroby zawodowej albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie niezdolności do pracy ubezpieczonego w wyniku choroby zawodowej w zawodzie nauczyciela.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Niezdolności do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej jest wyłączona w przypadku, gdy decyzja o stwierdzeniu choroby zawodowej dotyczy choroby zdiagnozowanej w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Ciebie Niezdolność do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wydania decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej wydanej przez państwowego inspektora sanitarnego, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikającej z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Niezdolności do pracy w zawodzie nauczyciela w wyniku choroby zawodowej wygasa nasza odpowiedzialność z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Niezdolności do pracy;
 - 4) decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej wydanej przez państwowego inspektora sanitarnego zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w sprawie chorób zawodowych;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby lub wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 2–4 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby lub wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku choroby lub wypadku stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu Twojego organizmu, niezależne od Twojej woli;
 - Czasowa niezdolność do pracy** – niezdolność do pracy, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 31 dni kalendarzowych oraz została poświadczona Zwolnieniami lekarskimi, pod warunkiem że zostały one wydane z powodu tej samej Choroby lub Wypadku;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Wypadek** – zdarzenie nagle, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym;
 - Zwolnienie lekarskie** – zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu Choroby lub Wypadku, spełniające warunki do uzyskania świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub wypadku.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Ciebie Czasowej niezdolności do pracy w wyniku Choroby lub Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- Choroba zostanie zdiagnozowana lub leczona lub Wypadek nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- Czasowa niezdolność do pracy powstanie i będzie trwała w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Chorobą lub Wypadkiem, a powstaniem u Ciebie Czasowej niezdolności do pracy.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu Czasowej niezdolności do pracy rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji licznym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Czasowej niezdolności do pracy będącej wynikiem Wypadku.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie zawierała czasową niezdolność do pracy w wyniku choroby lub wypadku albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie czasowej niezdolności do pracy w wyniku choroby lub wypadku.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) rozpoznany u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Ciebie Czasowa niezdolność do pracy w wyniku Choroby lub Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia (obowiązującej na dzień rozpoczęcia przez Ciebie Zwolnienia lekarskiego z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości wynikające z porównania Sum ubezpieczenia) za każdy Dzień roboczy Czasowej niezdolności do pracy. Świadczenie wypłacimy poczynawszy od 1. Dnia roboczego następującego po upływie 30 dni kalendarzowych trwania Czasowej niezdolności do pracy, a skończywszy na ostatnim Dniu roboczym poprzedzającym 180. dzień kalendarzowy trwania tej niezdolności.
3. Czasowa niezdolność do pracy jest należna, pod warunkiem że w okresie jej trwania nie zachowujesz prawa do 100% wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego.
4. Jeżeli 1. Dzień roboczy Czasowej niezdolności do pracy w wyniku Choroby rozpocznie się w okresie Karencji, wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za Dni robocze Czasowej niezdolności do pracy w wyniku Choroby przypadające po zakończeniu tego okresu.

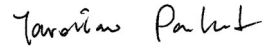
5. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
6. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Czasowej niezdolności do pracy;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 2–3 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących czasowej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku wypadku stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Czasowa niezdolność do pracy** – niezdolność do pracy, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 31 dni kalendarzowych oraz została poświadczona Zwolnieniami lekarskimi, pod warunkiem że zostały one wydane z powodu tego samego Wypadku;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym;
 - Zwolnienie lekarskie** – zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy w wyniku Wypadku, spełniające warunki do uzyskania świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub wypadku.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Ciebie Czasowej niezdolności do pracy w wyniku Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- Wypadek nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- Czasowa niezdolność do pracy powstanie i będzie trwała w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem, a powstaniem u Ciebie Czasowej niezdolności do pracy.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu Czasowej niezdolności do pracy w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniu przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Ciebie Czasowa niezdolność do pracy w wyniku Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia (obowiązującej na dzień rozpoczęcia przez Ciebie Zwolnienia lekarskiego) za każdy Dzień roboczy Czasowej niezdolności do pracy. Świadczenie wypłacimy począwszy od 1. Dnia roboczego następującego po upływie 30 dni kalendarzowych trwania Czasowej niezdolności do pracy, a skończywszy na ostatnim Dniu roboczym poprzedzającym 180. dzień kalendarzowy trwania tej niezdolności.
3. Czasowa niezdolność do pracy jest należna, pod warunkiem że w okresie jej trwania nie zachowujesz prawa do 100% wynagrodzenia lub zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru zasiłku chorobowego.
4. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
5. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Czasowej niezdolności do pracy;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących długotrwałej niezdolności ubezpieczonego do pracy w wyniku poważnego zachorowania 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Długotrwała niezdolność do pracy** – niezdolność do pracy, która trwa nieprzerwanie przez okres co najmniej 6 miesięcy kalendarzowych liczonych od daty rozpoznania Poważnego zachorowania, oraz została poświadczona Zwolnieniami lekarskimi wydanymi z powodu tego samego Poważnego zachorowania lub została potwierdzona orzeczeniem o niezdolności do pracy wydanym przez podmiot uprawniony zgodnie z przepisami prawa lub Komisję lekarską;
 - 2) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 3) **Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 4) **Nowotwór złośliwy** – nowotwór inwazyjny, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi nastąpić w okresie naszej odpowiedzialności i 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:
 - a) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (*carcinoma in situ*), dysplazji, raka o granicznej złośliwości, raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych,
 - b) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0) lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7,
 - c) 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,
 - d) raka brodawkowatego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0),

- e) przewlekłej białaczki limfatycznej w stadium niższym niż stopień III według klasyfikacji Rai,
- f) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
- g) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
- Za datę zdiagnozowania nowotworu przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego, który potwierdziło obecność nowotworu złośliwego. Jeśli z medycznego punktu widzenia wykonanie badania histopatologicznego nie jest możliwe lub jest ryzykowne, za rozpoznania przyjmuje się postawienie diagnozy w okresie odpowiedzialności przez Lekarza specjalistę na podstawie dokumentacji medycznej;
- 5) **Poważne zachorowanie** – zachorowanie na Nowotwór złośliwy, Zawał serca lub Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym;
- 6) **Rozpoczęty proces diagnostyczny** – wskazanie przez lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia postępowania medycznego, na które składają się: dalszy wywiad chorobowy lub testy przesiewowe lub fizykalne badanie pacjenta lub badania dodatkowe, którego wynikiem jest diagnoza Poważnego zachorowania.
- Za datę Rozpoczęcia procesu diagnostycznego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której otrzymasz wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej;
- 7) **Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym** – powstałe w okresie trwania naszej odpowiedzialności nagle, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (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:
- a) epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego,
- b) udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić,
- c) przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA) ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND),
- d) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych;
- 8) **Wypadek** – zdarzenie nagle, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym;
- 9) **Zawał serca** – powstałe w okresie trwania naszej odpowiedzialności martwica części mięśnia sercowego, wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Zdiagnozowanie Zawału serca przez Lekarza specjalistę 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:
- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
- b) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG,
- c) uwidocznione w badaniach obrazowych nowe ubytki żywotnego mięśnia sercowego lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej.
- Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego.
- Definicja nie obejmuje:
- a) innych ostrych zespołów wieńcowych, w których nie wykazano dowodów na dokonanie się martwicy mięśnia serca,
- b) każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez Lekarza specjalistę (kardiologa),
- c) podwyższenia biomarkerów sercowych, wynikających z zabiegu diagnostycznej angiografii wieńcowej;
- 10) **Zwolnienie lekarskie** – zaświadczenie lekarskie o czasowej niezdolności do pracy z powodu Poważnego zachorowania, spełniające warunki do uzyskania świadczenia pieniężnego z ubezpieczenia społecznego w razie choroby lub wypadku.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Ciebie Długotrwałej niezdolności do pracy w wyniku Poważnego zachorowania, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- 1) Poważne zachorowanie zostanie zdiagnozowane w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 2) Długotrwała niezdolność do pracy zostanie poświadczona Zwolnieniami lekarskimi lub potwierdzona orzeczeniem o niezdolności do pracy lub przez Komisję lekarską w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 3) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Poważnym zachorowaniem, a powstaniem u Ciebie Długotrwałej niezdolności do pracy.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu Długotrwałej niezdolności do pracy w wyniku Poważnego zachorowania rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
 - 5) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu Długotrwałej niezdolności do pracy w wyniku Poważnego zachorowania jest wyłączona, jeżeli Rozpoczęto u Ciebie proces diagnostyczny w kierunku Poważnego zachorowania lub zostało ono zdiagnozowane lub leczone w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

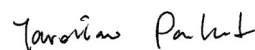
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Ciebie Długotrwała niezdolność do pracy w wyniku Poważnego zachorowania, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień powstania Długotrwałej niezdolności do pracy, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Jeżeli zostanie u Ciebie zdiagnozowane w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia to samo Poważne zachorowanie, wypłacimy Ci Świadczenie z tytułu Długotrwałej niezdolności do pracy w wyniku Poważnego zachorowania tylko za pierwsze z nich.
4. W przypadku wystąpienia u Ciebie w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwóch różnych Poważnych zachorowań nie ponosimy odpowiedzialności za te Poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co Poważne zachorowanie, za które wypłaciliśmy Świadczenie z tytułu Długotrwałej niezdolności do pracy w wyniku Poważnego zachorowania.
5. W przypadku wystąpienia u Ciebie dwóch Nowotworów złośliwych o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji wypłacimy tylko jedno Świadczenie z tytułu Długotrwałej niezdolności do pracy w wyniku Poważnego zachorowania.
6. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Długotrwałej niezdolności do pracy w wyniku Poważnego zachorowania;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 4 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą 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) **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 się – 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;
 - 3) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie Twojego stanu zdrowia na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 4) **Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji** – trwała i bezpowrotna utrata zdolności do wykonywania jakiejkolwiek pracy i utrata zdolności do samodzielnego wykonywania co najmniej trzech z pięciu Czynności życia codziennego w wyniku Choroby lub Wypadku, potwierdzona orzeczeniem o niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji, wydanym przez podmiot uprawniony zgodnie z przepisami prawa lub Komisję lekarską;
 - 5) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Ciebie Niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku Choroby lub Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- 1) Wypadek nastąpi lub Choroba zostanie zdiagnozowana w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;

- 2) Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji zostanie potwierdzona orzeczeniem o niezdolności do pracy i do samodzielnej egzystencji lub przez Komisję lekarską w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 3) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Chorobą lub Wypadkiem a powstaniem u Ciebie Niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Ciebie Niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji w wyniku Choroby lub Wypadku rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji licznym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji będącej następstwem Wypadku.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową niezdolność ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie niezdolności ubezpieczonego do pracy i samodzielnej egzystencji.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia 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) rozpoznaniem u Ciebie zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Ciebie pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli nie byłeś/eś pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Ciebie Niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień powstania Niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji lub na dzień wydania orzeczenia, jeżeli nie wskazano w jego treści dnia powstania Niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.

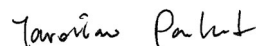
3. Mamy prawo skierować Cię na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
4. Z dniem wypłaty Świadczenia z tytułu Niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji wygasa nasza odpowiedzialność z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
5. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących Warty Opieki

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 5, § 7 OWDU, Katalog Chorób cywilizacyjnych, Katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1, § 4, § 5, § 6, § 7 ust. 4–7 OWDU, Katalog Chorób cywilizacyjnych, Katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące Warty Opieki

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietów dodatkowych: „Wypadek”, „Aktywni”, „Choroby cywilizacyjne”, „Dziecko”, „Kardiologiczny”, „Onkologiczny” oraz „Wsparcie dla Rodziców”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących Warty Opieki 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Badania medyczne** – procedury medyczne w zakresie badań: laboratoryjnych, radiologicznych, ultrasonograficznych, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, przeprowadzone na podstawie skierowania Lekarza prowadzącego leczenie;
 - 2) **Centrum operacyjne** – podmiot, z którym zawarliśmy umowę dotyczącą realizacji Świadczeń w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 3) **Choroba cywilizacyjna** – jedna z chorób wymienionych i zdefiniowanych w Katalogu chorób cywilizacyjnych, zdiagnozowana w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 4) **Choroba przewlekła** – choroba o długotrwałym przebiegu, trwająca co najmniej 12 miesięcy, stale lub okresowo leczona oraz choroba będąca przyczyną hospitalizacji w okresie 12 miesięcy przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 5) **Członek najbliższej rodziny** – Twój biologiczni rodzice, Twoje biologiczne rodzeństwo lub biologiczne dzieci;
 - 6) **Droga** – wydzielony pas terenu składający się z jezdni, pobocza, chodnika, drogi dla pieszych lub drogi dla rowerów, łącznie z torowiskiem pojazdów szynowych znajdującym się w obrębie tego pasa, przeznaczony do ruchu lub postoju pojazdów lub ruchu osób. Definicja obejmuje również drogi osiedlowe oraz rowerowe;
 - 7) **Dziecko** – Twoje własne dziecko, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica lub dziecko przez Ciebie przysposobione, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25. roku życia;

- 8) **Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu w następstwie Nagłego zachorowania lub Wypadku, trwający nieprzerwanie co najmniej 24 godziny, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie;
- 9) **Katalog Chorób cywilizacyjnych** – wykaz Chorób cywilizacyjnych wraz z ich definicjami, stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 10) **Katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych** – wykaz nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych objętych naszą ochroną, stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 11) **Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej** – lekarz internista, lekarz rodzinny lub lekarz pediatra;
- 12) **Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi leczenie Osoby uprawnionej na skutek zaistniałego Zdarzenia ubezpieczeniowego, niebędący Lekarzem uprawnionym;
- 13) **Lekarz uprawniony** – lekarz konsultant Centrum operacyjnego;
- 14) **Miejsce pobytu** – wskazane przez Ciebie miejsce zamieszkania Osoby uprawnionej znajdujące się na terytorium Polski;
- 15) **Nagłe zachorowanie** – stan chorobowy powstały w okresie trwania naszej odpowiedzialności w sposób nagły, zagrażający życiu lub zdrowiu, wymagający udzielenia natychmiastowej pomocy medycznej;
- 16) **Niepełnoletnie dziecko** – Twoje własne dziecko, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica lub dziecko przez Ciebie przysposobione, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 18. roku życia;
- 17) **Nowotwór w stadium przedinwazyjnym** – ogniskowy, niekontrolowany, miejscowy rozrost komórek nowotworowych ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania na sąsiednie tkanki ani przerzutów odległych. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone badaniem histopatologicznym. Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie przypadki określone w Katalogu Nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych.
 Za datę rozpoznania Nowotworu w stadium przedinwazyjnym, przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego. Rozpoznanie musi nastąpić w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 18) **Nowotwór złośliwy** – nowotwór inwazyjny, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi nastąpić w okresie trwania naszej odpowiedzialności oraz 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:
 - a) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (*carcinoma in situ*), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych,
 - b) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0) lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7,
 - c) 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,
 - d) raka brodawkowatego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0),
 - e) przewlekłej białaczki limfatycznej w stadium niższym niż stopień III według klasyfikacji Rai,
 - f) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
 - g) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
 Za datę zdiagnozowania nowotworu przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego, który potwierdził obecność Nowotworu złośliwego. Jeśli z medycznego punktu widzenia wykonanie badania histopatologicznego nie jest możliwe lub jest ryzykowne, za rozpoznanie przyjmuje się postawienie diagnozy w okresie trwania naszej odpowiedzialności przez Lekarza specjalistę na podstawie dokumentacji medycznej;
- 19) **Osoba bliska** – to osoba zajmująca się pochówkiem którą może być Twój Małżonek albo Partner, Twoje Dzieci lub Twoi krewni wstępni i zstępni;
- 20) **Osoba niesamodzielna** – osoba, która ze względu na zły stan zdrowia lub wady wrodzone nie jest samodzielna i nie może zaspokajać swoich podstawowych potrzeb życiowych oraz wymaga stałej opieki;
- 21) **Osoba uprawniona** – osoba, na której rzecz zrealizujemy Świadczenie;
- 22) **Osoba uprawniona do opieki** – osoba mieszkająca na terytorium Polski, którą wyznaczasz do sprawowania opieki nad Niepełnoletnimi dziećmi lub Osobami niesamodzielnymi;
- 23) **Opiekun Niepełnoletniego dziecka** – Ty, drugi rodzic Twojego Niepełnoletniego dziecka lub inna osoba którą wyznaczysz do pobytu wraz z Niepełnoletnim dzieckiem w Szpitalu lub hotelu przyszpitalnym;
- 24) **Placówka medyczna** – Szpital, przychodnia lub inny podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą (z wyjątkiem Sanatorium i uzdrowiska), działający w ramach systemu opieki zdrowotnej;
- 25) **Punkt naprawczy** – punkt obsługi i naprawy Rowerów;
- 26) **Rodzic** – oznacza:
 - a) Twojego biologicznego ojca lub Twoją biologiczną matkę lub
 - b) osobę, która Cię przysposobiła lub
 - c) Twojego ojczyma albo Twoją macochę, jeżeli nie żyje odpowiednio Twój biologiczny ojciec lub Twoja biologiczna matka – rozumianych jako osobę, która:
 - i. w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio Twoim biologicznym ojcem lub Twoją biologiczną matką, lub
 - ii. jest wdową/wdowcem po Twoim biologicznym rodzicu, o ile nie zawarła ponownie związku małżeńskiego;
- 27) **Rodzic Małżonka albo Partnera** – oznacza:
 - a) biologicznego ojca lub biologiczną matkę Małżonka albo Partnera lub

- b) osobę, która przysposobiła Małżonka albo Partnera lub
 - c) ojczyzna albo macochę Małżonka albo Partnera, jeżeli nie żyje odpowiednio jej/jego biologiczny ojciec lub biologiczna matka – rozumianych jako osobę, która:
 - i. w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio biologicznym ojcem lub biologiczną matką Małżonka albo Partnera lub
 - ii. jest wdową/wdowcem po biologicznym rodzicu Małżonka albo Partnera, o ile nie zawarła ponownie związku małżeńskiego;
 - d) w przypadku zmarłego Małżonka albo Partnera – jego biologicznego rodzica, o ile na dzień śmierci rodzica Małżonka albo Partnera nie zawarła/eś ponownie związku małżeńskiego, nie pozostawała/eś w związku partnerskim ani nie była/eś wskazana/y jako Partner przez inną osobę;
- 28) **Rower** – pojazd jednośladowy przeznaczony do poruszania się po drodze, napędzany siłą mięśni poruszającej się nim osoby za pomocą przekładni mechanicznej;
- 29) **Sanatorium** – działający na podstawie obowiązujących przepisów prawa zakład lecznictwa uzdrowskiego (szpital uzdrowski, sanatorium uzdrowskie, szpital uzdrowski dla dzieci i sanatorium uzdrowskie dla dzieci, przychodnia uzdrowska, zakład przyrodolecniczy, szpital i sanatorium w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych);
- 30) **Sprzęt rehabilitacyjny** – drobny sprzęt niezbędny do rehabilitacji, umożliwiający choremu samodzielne lub ułatwione funkcjonowanie: piłki, taśmy i wałki rehabilitacyjne, balkoniki, chodziki, wózki, kule, laski, kołnierze, rotor 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;
- 31) **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;
- 32) **Świadczenie** – w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie spełniane przez nas na rzecz Osoby uprawnionej;
- 33) **Trudna sytuacja losowa** – śmierć Twoja, Twojego Dziecka, Małżonka albo Partnera, Rodziców, Rodziców Małżonka albo Partnera, wystąpienie poważnego zachorowania u Ciebie, Małżonka albo Partnera, Dziecka, urodzenie martwego dziecka przez Ciebie, Małżonka albo Partnera, Dziecko, poronienie dziecka przez Ciebie, Małżonka albo Partnera, Dziecko;
- 34) **Użytkowanie Roweru** – jazda lub siedzenie na Rowerze, prowadzenie Roweru oraz wsiadanie i zsiadanie z Roweru;
- 35) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Twojego, Twojego Małżonka albo Partnera, Niepełnoletniego dziecka, Dziecka, Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Twojego, Twojego Małżonka albo Partnera, Dziecka, Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Rodzica Partnera, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe wskazane w tabelach 1-11, które wystąpiło w okresie trwania naszej odpowiedzialności w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, powodujące potrzebę skorzystania ze Świadczeń, w ramach poszczególnych ich zakresów oraz dla poszczególnych Osób uprawnionych. Zdarzeniami tymi są:
 - 1) doznanie przez Ciebie, Twojego Małżonka albo Partnera, Niepełnoletnie dziecko, Dziecko, Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera obrażeń w wyniku Wypadku;
 - 2) doznanie przez Ciebie obrażeń ciała w wyniku Wypadku na Rowerze;
 - 3) wystąpienie u Ciebie, Twojego Małżonka albo Partnera, Niepełnoletniego dziecka, Dziecka, Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera Nagłego zachorowania;
 - 4) wystąpienie u Ciebie Choroby cywilizacyjnej;
 - 5) zdiagnozowanie u Ciebie zawału serca lub udaru mózgu, które zostały potwierdzone w dokumentacji medycznej;
 - 6) urodzenie się Dziecka;
 - 7) wystąpienie u Ciebie, Twojego Małżonka albo Partnera lub Dziecka Trudnej sytuacji losowej;
 - 8) śmierć w wyniku Wypadku Twoja, Twojego Małżonka albo Partnera lub Dziecka;
 - 9) wydanie Ci karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DİLO) albo skierowanie Cię przez Lekarza prowadzącego leczenie na badania w kierunku diagnostyki choroby onkologicznej;
 - 10) zachorowaniu przez Ciebie lub przez Członka Twojej najbliższej rodziny na Nowotwór złośliwy;
 - 11) zachorowaniu przez Ciebie na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym.
2. Udzielamy ochrony ubezpieczeniowej w ramach poniższych zakresów, o ile zostały one wybrane w umowie ubezpieczenia:
 - 1) „Pomoc medyczna”;
 - 2) „Rehabilitacja”;
 - 3) „Transport i opieka”;
 - 4) „Pomoc w potrzebie”;
 - 5) „Na trudne chwile”;
 - 6) „Aktywni”;
 - 7) „Choroby cywilizacyjne”;

- 8) „Dziecko”;
 - 9) „Kardiologiczny”;
 - 10) „Onkologiczny”;
 - 11) „Wsparcie dla Rodziców”.
3. Świadczenia w ramach Warty Opieki wykonywane są wyłącznie na terytorium Polski.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w zakresie określonym w Polisie rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 Jakie są zakresy Świadczeń w ramach Warty Opieki

POMOC MEDYCZNA

1. W ramach zakresu „Pomoc medyczna”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego, zorganizujemy oraz pokryjemy koszty Świadczeń wskazanych poniżej, do limitów określonych w tabeli nr 1. Limity te obowiązują łącznie dla wszystkich Osób uprawnionych w danym Roku polisowym. Zakres świadczeń obejmuje:
 - 1) **Wizyty lekarskie** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszt wizyty:
 - a) Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Miejscu pobytu Osoby uprawnionej lub
 - b) Osoby uprawnionej w Placówce medycznej z Lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarzem specjalistą – na podstawie skierowania – w zakresie: kardiologii, gastroenterologii, reumatologii, pulmonologii, neurologii, ortopedii, chirurgii ogólnej, laryngologii, ginekologii, urologii, okulistyki;
 - 2) **Wizyty pielęgniarzy** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszt wizyt;
 - 3) **Zdrowotne usługi informacyjne** – zapewnimy Osobie uprawnionej dostęp do zdrowotnych usług informacyjnych w zakresie:
 - a) danych teleadresowych: państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, domów pomocy społecznej, hospicjów oraz aptek czynnych przez całą dobę;
 - b) informacji na temat: działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami, przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, diet oraz zdrowego odżywiania się.

Tabela nr 1 „Pomoc medyczna”

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń w Roku polisowym na wszystkie Osoby uprawnione	Zdarzenie ubezpieczeniowe		Osoba uprawniona do Świadczenia
			Nagłe zachorowanie	Obrażenia ciała w wyniku Wypadku	
1.	Wizyta lekarska	10 wizyt	TAK	TAK	Ty Małżonek albo Partner Dziecko
2.	Wizyta pielęgniarzy	10 wizyt	TAK	TAK	Ty Małżonek albo Partner Dziecko
3.	Zdrowotne usługi informacyjne		bez limitu		Ty Małżonek albo Partner Dziecko

REHABILITACJA

2. W ramach zakresu „Rehabilitacja”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy i pokryjemy koszty Świadczeń wskazanych poniżej, do limitu (w tym podlimitu) określonego w tabeli nr 2. Limity te obowiązują łącznie dla wszystkich Osób uprawnionych w danym Roku polisowym. Zakres świadczeń obejmuje:
 - 1) **Badania medyczne po Wypadku** – jeżeli w wyniku Wypadku, zgodnie ze skierowaniem Lekarza prowadzącego leczenie, Osoba uprawniona wymaga przeprowadzenia badań medycznych, zorganizujemy i pokryjemy koszty tych badań;
 - 2) **Dostawę Sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona powinna używać Sprzętu rehabilitacyjnego, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu;
 - 3) **Rehabilitację** – jeżeli zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona wymaga rehabilitacji w Miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, zapewnimy organizację procesu rehabilitacji, pokryjemy koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów do podlimitu 3 000 zł na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe;
 - 4) **Trenera fitness** – jeżeli Osoba uprawniona doznała obrażeń ciała w wyniku Wypadku lub była Hospitalizowana wskutek Nagłego zachorowania przez okres co najmniej 30 dni, zapewnimy organizację zajęć z trenerem fitness w celu przywrócenia zdrowia i pokryjemy koszty tych zajęć;
 - 5) **Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona powinna używać Sprzętu rehabilitacyjnego, zapewnimy organizację oraz pokryjemy koszty wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego;
 - 6) **Zdrowotne usługi informacyjne** – zapewnimy Osobie uprawnionej dostęp do zdrowotnych usług informacyjnych w zakresie:
 - a) danych teleadresowych: państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, domów pomocy społecznej, hospicjów oraz aptek czynnych przez całą dobę,

- b) informacji na temat: działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami, przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, diet, zdrowego odżywiania się.

Tabela nr 2 „Rehabilitacja”

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń w Roku polisowym na wszystkie Osoby uprawnione	Zdarzenie ubezpieczeniowe		Osoba uprawniona do Świadczenia
			Nagle zachorowanie	Obrażenia ciała w wyniku Wypadku	
1.	Badania medyczne po Wypadku	Łącznie 10 000 zł w tym podlimit dla: Rehabilitacji – 3 000 zł na jedno Zdarzenie ubezpieczeniowe	NIE	TAK	Ty
2.	Dostawa Sprzętu rehabilitacyjnego		TAK	TAK	Ty Małżonek albo Partner Dziecko
3.	Rehabilitacja		TAK	TAK	Ty Małżonek albo Partner Dziecko
4.	Trener fitness		TAK	TAK	Ty Małżonek albo Partner
5.	Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego		TAK	TAK	Ty Małżonek albo Partner Dziecko
6	Zdrowotne usługi informacyjne		Bez limitu		Ty Małżonek albo Partner Dziecko

TRANSPORT I OPIEKA

3. W ramach zakresu „Transport i opieka”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy i pokryjemy koszty Świadczeń wskazanych poniżej, do limitu określonego w tabeli nr 3. Limit ten obowiązuje łącznie dla wszystkich Osób uprawnionych w danym Roku polisowym. Zakres świadczeń obejmuje:
- Dostawę leków** – jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona wymaga leżenia, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty dostarczenia leków do Miejsca pobytu. Nie pokrywamy kosztów zakupu leków. Nie odpowiadamy za braki w asortymencie leków w aptekach;
 - Naprawę Roweru po Wypadku** – jeżeli w wyniku Wypadku powstałego w trakcie Użytkowania Roweru na Drodze, Osoba uprawniona dozna obrażeń ciała, a Rower, na którym się poruszała, ulegnie uszkodzeniu lub zniszczeniu, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty jego naprawy. Nie pokrywamy kosztów materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy;
 - Opiekę domową po Hospitalizacji** – jeżeli Osoba uprawniona jest Hospitalizowana przez co najmniej 3 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia wynikający ze Zdarzenia ubezpieczeniowego konieczna jest po zakończeniu Hospitalizacji pomoc w prowadzeniu domu, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty opieki domowej. Usługa obejmuje pomoc domową w: przygotowaniu posiłku, zrobieniu drobnych zakupów, utrzymaniu czystości w domu) sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów i wykładzin, sprzątanie łazienki, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej, wyrzucanie śmieci, podlewanie kwiatów) przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez Osobę uprawnioną.
Świadczenie nie obejmuje kosztów zakupu materiałów i sprzętów;
 - Opiekę nad Niepełnoletnimi dziećmi/Osobami niesamodzielnymi** – jeżeli zgodnie z informacją uzyskaną przez Lekarza uprawnionego od Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona będzie Hospitalizowana przez co najmniej 3 dni, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty:
 - przewozu Niepełnoletnich dzieci lub Osób niesamodzielnych w towarzystwie Osoby uprawnionej do opieki do Miejsca pobytu Osoby uprawnionej do opieki i ich powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe) albo
 - przewozu Osoby uprawnionej do opieki nad Niepełnoletnimi dziećmi lub Osobami niesamodzielnymi z jej Miejsca pobytu do Miejsca pobytu Niepełnoletnich dzieci lub Osoby niesamodzielnej i jej powrotu (bilety kolejowe lub autobusowe);
 - Pobyt opiekuna w razie Hospitalizacji Niepełnoletniego dziecka** – jeżeli Niepełnoletnie dziecko jest Hospitalizowane, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty noclegów jednego Opiekuna Niepełnoletniego dziecka w szpitalu albo hotelu przyszpitalnym;
 - Pomoc psychologa w Trudnej sytuacji losowej** – zapewnimy Osobie uprawnionej organizację wizyty u psychologa oraz pokryjemy jej koszty;
 - Prywatne lekcje dla Niepełnoletniego dziecka** – jeżeli stan zdrowia Niepełnoletniego dziecka wymaga jego Hospitalizacji lub przebywania w Miejscu pobytu przez co najmniej 7 dni, na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty prywatnych lekcji w Miejscu pobytu, w okresie do 90 dni od daty zalecenia lekarskiego;
 - Transport medyczny** – jeżeli Osoba uprawniona wymaga transportu medycznego:
 - z Miejsca pobytu do Placówki medycznej,
 - między Placówkami medycznymi,
 - z Placówki medycznej do Miejsca pobytu,
 zapewnimy organizację i pokryjemy jego koszty. 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 Osoby uprawnionej;

- 9) **Transport Osoby uprawnionej i Roweru po Wypadku** – jeśli Osoba uprawniona podczas użytkowania Roweru na Drodze dozna obrażeń ciała, a Rower, na którym się poruszała, ulegnie uszkodzeniu lub zniszczeniu, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty transportu Osoby uprawnionej i Roweru z miejsca Wypadku do Miejsca pobytu lub do Punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca Wypadku;
- 10) **Trenera fitness (po urodzeniu Dziecka)** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszt zajęć z trenerem fitness w okresie do 6 miesięcy od daty urodzenia Dziecka;
- 11) **Wizytę w razie Hospitalizacji Osoby uprawnionej** – jeżeli Osoba uprawniona będzie Hospitalizowana przez co najmniej 3 dni, zapewnimy dla jednej osoby wskazanej przez Osobę uprawnioną:
- zwrot kosztów zakupu biletów autobusowych lub kolejowych w obydwie strony (do i ze Szpitala, w którym znajduje się Osoba uprawniona);
 - zakwaterowanie w hotelu w pobliżu Szpitala, w którym znajduje się Osoba uprawniona;
- 12) **Wizytę położnej** – zapewnimy Osobie uprawnionej organizację i pokryjemy koszt wizyty położnej w Miejscu pobytu w okresie do 30 dni od daty urodzenia Dziecka;
- 13) **Zdrowotne usługi informacyjne** – zapewnimy osobie uprawnionej dostęp do zdrowotnych usług informacyjnych w zakresie:
- danych teleadresowych: państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, domów pomocy społecznej, hospicjów oraz aptek czynnych przez całą dobę,
 - informacji na temat: działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami, przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, diet oraz zdrowego odżywiania się;
- 14) **Infolinię „baby assistance”** – zapewnimy Osobie uprawnionej dostęp do infolinii „baby assistance” w zakresie informacji dotyczących: objawów ciąży, badań prenatalnych, wskazówek w zakresie przygotowań do porodu, danych teleadresowych szkół rodzenia, pielęgnacji w czasie ciąży i po porodzie, karmienia i pielęgnacji noworodka oraz obowiązkowych szczepień dzieci.

Tabela nr 3 „Transport i Opieka”

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń w Roku polisowym na wszystkie Osoby uprawnione	Zdarzenie ubezpieczeniowe				Osoba uprawniona do Świadczenia
			Nagle zachorowanie	Obrażenia ciała w wyniku Wypadku	Urodzenie się Dziecka	Trudna sytuacja losowa	
1.	Dostawa leków	Łącznie 10 000 zł	TAK	TAK	NIE	NIE	Ty Małżonek albo Partner Dziecko
2.	Naprawa roweru po Wypadku		NIE	TAK	NIE	NIE	Ty Małżonek albo Partner Dziecko
3.	Opieka domowa po Hospitalizacji		TAK	TAK	NIE	NIE	Ty Małżonek albo Partner
4.	Opieka nad Niepełnoletnimi dziećmi/Osobami niesamodzielnymi		TAK	TAK	NIE	NIE	Ty Małżonek albo Partner
5.	Pobyt opiekuna w razie Hospitalizacji Niepełnoletniego dziecka		TAK	TAK	NIE	NIE	Ty Małżonek albo Partner
6.	Pomocy psychologa w Trudnej sytuacji losowej		NIE	NIE	NIE	TAK	Ty Małżonek albo Partner Dziecko
7.	Prywatne lekcje dla Niepełnoletniego dziecka		TAK	TAK	NIE	NIE	Niepełnoletnie dziecko
8.	Transport medyczny		TAK	TAK	NIE	NIE	Ty Małżonek albo Partner Dziecko
9.	Transport Osoby uprawnionej i Roweru po Wypadku		NIE	TAK	NIE	NIE	Ty Małżonek albo Partner Dziecko
10.	Trener fitness (po urodzeniu Dziecka)		NIE	NIE	TAK	NIE	Ty
11.	Wizyta w razie Hospitalizacji Osoby uprawnionej		TAK	TAK	NIE	NIE	Ty Małżonek albo Partner
12.	Wizyta położnej		NIE	NIE	TAK	NIE	Ty
13.	Zdrowotne usługi informacyjne		Bez limitu				Ty Małżonek albo Partner Dziecko
14.	Infolinia „baby assistance”		Bez limitu				Ty Małżonek albo Partner Dziecko

POMOC W POTRZEBIE

4. W ramach zakresu „Pomoc w potrzebie”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy i pokryjemy koszty Świadczeń wskazanych poniżej, do limitu (w tym podlimitu) określonego w tabeli nr 4. Zakres świadczeń obejmuje:
- 1) **Dostosowanie Miejsca pobytu** – jeżeli Osoba uprawniona zostanie zakwalifikowana w orzeczeniu do jednego z trzech stopni niepełnosprawności, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty dostosowania Miejsca pobytu do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Zakres obejmuje oporęczowanie ciągów komunikacyjnych, WC i łazienek, montaż siedziska prysznicowego, montaż ceramiki lub armatury dostosowanej do osoby poruszającej się na wózku inwalidzkim oraz podjazd dla wózka inwalidzkiego w domu jednorodzinnym. Świadczenie nie obejmuje kosztu zakupów materiałów i sprzętów;
 - 2) **Opiekę nad zwierzętami** – jeżeli Osoba uprawniona będzie Hospitalizowana przez co najmniej 3 dni, zapewnimy organizację przewozu psów lub kotów Osoby uprawnionej do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami i pokryjemy koszty tego przewozu;
 - 3) **Pobyt w Sanatorium** – jeżeli Osoba uprawniona będzie przebywała w Szpitalu co najmniej 3 dni, a po Hospitalizacji otrzyma od Lekarza prowadzącego leczenie skierowanie na leczenie sanatoryjne, zorganizujemy i pokryjemy koszty pobytu Osoby uprawnionej w Sanatorium;
 - 4) **Transport do i z Sanatorium** – zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu autobusowego, kolejowego lub taksówką z i do Sanatorium w wybranym przez Osobę uprawnioną terminie. Świadczenie przysługuje w przypadku, gdy pobyt w Sanatorium został zalecony po Hospitalizacji zakończonej w ciągu ostatnich 12 miesięcy;
 - 5) **Zakup aparatu słuchowego** – jeżeli lekarz laryngolog stwierdzi niedosłuch Osoby uprawnionej i wystawi jej zlecenie na aparat słuchowy, na podstawie dostarczonego przez Osobę uprawnioną rachunku potwierdzającego zakup aparatu słuchowego, zwrócimy jego koszt;
 - 6) **Zdrowotne usługi informacyjne** – zapewnimy Osobie uprawnionej dostęp do zdrowotnych usług informacyjnych w zakresie:
 - a) danych teleadresowych: państwowych i prywatnych placówek służby zdrowia, placówek prowadzących zabiegi rehabilitacyjne, placówek handlowych oferujących sprzęt rehabilitacyjny, domów pomocy społecznej, hospicjów oraz aptek czynnych przez całą dobę,
 - b) informacji na temat: działania leków, skutków ubocznych ich stosowania, interakcji z innymi lekami, przygotowań niezbędnych przed zabiegami lub badaniami, diet oraz zdrowego odżywiania się.

Tabela nr 4 „Pomoc w potrzebie”

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń w Roku polisowym	Zdarzenie ubezpieczeniowe		Osoba uprawniona do Świadczenia
			Nagle zachorowanie	Obrażenia ciała w wyniku Wypadku	
1.	Dostosowanie Miejsca pobytu	Łącznie 10 000 zł w tym podlimit dla: pobytu w Sanatorium - 3 000 zł, za maksymalnie jeden pobyt w Sanatorium w Roku polisowym	TAK	TAK	Ty
2.	Opieka nad zwierzętami		TAK	TAK	
3.	Pobyt w Sanatorium		TAK	TAK	
4.	Transport do i z Sanatorium		TAK	TAK	
5.	Zakup aparatu słuchowego		TAK	TAK	
6.	Zdrowotne usługi informacyjne	Bez limitu			

NA TRUDNE CHWILE

5. W ramach zakresu „Na trudne chwile”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy i pokryjemy koszty Świadczeń wskazanych poniżej, do limitu określonego w tabeli nr 5. Limit ten obowiązuje łącznie dla wszystkich Osób uprawnionych w danym Roku polisowym. Zakres świadczeń obejmuje:
- 1) **Organizację pogrzebu na terenie Polski** – w porozumieniu z Tobą zorganizujemy i pokryjemy wybrane koszty pogrzebu Twojego Małżonka albo Partnera lub Dziecka albo – w porozumieniu z Osobą bliską – zorganizujemy i pokryjemy wybrane koszty Twojego pogrzebu. Kosztami pogrzebu są: koszty przewozu ciała na terenie Polski, koszty zakupu trumny lub urny, koszty zakupu miejsca na cmentarzu, koszty postawienia nagrobka, koszty zakupu wieńców i kwiatów, koszty zakupu odzieży żałobnej, koszty ceremonii pogrzebowej oraz koszty poczęstunku dla uczestników ceremonii pogrzebowej;
 - 2) **Konsultacje psychologiczne dla Ciebie albo dla Osoby bliskiej** – zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji psychologa dla Ciebie albo dla Osób bliskich;
 - 3) **Transport na ceremonię pogrzebową** – zorganizujemy i pokryjemy koszty dojazdu na ceremonię pogrzebową dla Ciebie albo Osób bliskich. Możliwy jest też zwrot kosztów transportu na podstawie przedłożonych rachunków i dowodów ich zapłaty (biletów autobusowych lub kolejowych, rachunków za taksówkę lub wynajem autokaru).

Tabela nr 5 „Na trudne chwile”

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń w Roku polisowym na wszystkie Osoby uprawnione	Zdarzenie ubezpieczeniowe		Osoba uprawniona do Świadczenia
			Twoja śmierć w wyniku Wypadku	Śmierć Twojego Małżonka albo Partnera lub Dziecka w wyniku Wypadku	
1.	Organizacja pogrzebu na terenie Polski	Łącznie 10 000 zł	TAK	TAK	Ty Osoba bliska
2.	Konsultacje psychologiczne dla Ciebie albo dla Osoby bliskiej		TAK	TAK	
3.	Transport na ceremonię pogrzebową		TAK	TAK	

AKTYWNI

6. W ramach zakresu „Aktywni”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy i pokryjemy koszty Świadczeń wskazanych poniżej, do limitu określonego w tabeli nr 6. Limit ten obowiązuje w danym Roku polisowym. Zakres świadczeń obejmuje:

- 1) **Badania medyczne** – jeżeli w wyniku Wypadku, zgodnie ze skierowaniem Lekarza prowadzącego leczenie, Osoba uprawniona wymaga przeprowadzenia badań medycznych, zorganizujemy i pokryjemy koszty tych badań;
- 2) **Dostawę sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona powinna używać Sprzętu rehabilitacyjnego, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty transportu wypożyczonego lub zakupionego Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu oraz odbiór wypożyczonego sprzętu;
- 3) **Naprawę Roweru** – jeżeli Osoba uprawniona podczas Użytkowania Roweru na Drodze dozna obrażeń ciała w wyniku Wypadku oraz Rower, na którym się poruszała, ulegnie uszkodzeniu, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty jego naprawy. Nie pokrywamy kosztów materiałów oraz części zamiennych niezbędnych do dokonania naprawy;
- 4) **Rehabilitację** – jeżeli zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona wymaga rehabilitacji w Miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, zapewnimy organizację procesu rehabilitacji, pokryjemy koszty rehabilitanta oraz koszty zleconych zabiegów;
- 5) **Transport medyczny** – jeżeli Osoba uprawniona wymaga transportu medycznego:
 - a) z Miejsca pobytu do Placówki medycznej,
 - b) między Placówkami medycznymi,
 - c) z Placówki medycznej do Miejsca pobytu,
 zapewnimy organizację i pokryjemy jego koszty. 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 Osoby uprawnionej;
- 6) **Transport Roweru i Osoby uprawnionej po Wypadku** – jeżeli osoba uprawniona podczas Użytkowania Roweru na Drodze dozna obrażeń ciała, a Rower, na którym się poruszała, ulegnie uszkodzeniu lub zniszczeniu, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty transportu Roweru i osoby uprawnionej z miejsca Wypadku do Miejsca pobytu lub do Punktu naprawczego oddalonego maksymalnie 50 km od miejsca Wypadku;
- 7) **Konsultacje lekarskie** – zapewnimy Osobie uprawnionej organizację i pokryjemy koszty:
 - a) wizyty Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Miejscu pobytu Osoby uprawnionej albo
 - b) konsultacji w Placówce medycznej z Lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarzem specjalistą – na podstawie skierowania - w zakresie ortopedii, chirurgii ogólnej;
- 8) **Wizytę pielęgniarki** – zapewnimy Osobie uprawnionej organizację i pokryjemy koszty wizyty pielęgniarki;
- 9) **Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona powinna używać Sprzętu rehabilitacyjnego, zapewnimy organizację oraz pokryjemy koszty wypożyczenia albo zakupu Sprzętu rehabilitacyjnego.

Tabela nr 6 „Aktywni”

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit świadczeń w Roku polisowym	Zdarzenie ubezpieczeniowe Doznanie przez Ciebie obrażeń ciała w wyniku Wypadku	Osoba uprawniona do Świadczenia
1.	Badania medyczne	Łącznie 10 000 zł	TAK	Ty
2.	Dostawa sprzętu rehabilitacyjnego		TAK	
3.	Naprawa Roweru		TAK	
4.	Rehabilitacja		TAK	
5.	Transport medyczny		TAK	
6.	Transportu Roweru i Osoby uprawnionej po Wypadku		TAK	
7.	Konsultacje lekarskie		TAK	
8.	Wizyta pielęgniarki		TAK	
9.	Zakup lub wypożyczenie Sprzętu rehabilitacyjnego		TAK	

CHOROBY CYWILIZACYJNE

7. W ramach zakresu „Choroby cywilizacyjne”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia Warunków nabycia prawa do Świadczenia wskazanych w tabeli nr 7, zorganizujemy i pokryjemy koszty poniższych Świadczeń na podstawie skierowania lub pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego, do limitów wskazanych w tabeli nr 7, w zależności od wybranego przez Ciebie wariantu. Zakres Świadczeń obejmuje:

- 1) **Celiakia:**
 - a) maksymalnie 4 konsultacje specjalistyczne u gastrologa,
 - b) badania specjalistyczne: gastroskopia (w tym biopsja),
 - c) badania laboratoryjne w kierunku potwierdzenia celiakii, w tym genetyczne (HLA-DQ2, DQ8);
- 2) **Choroba tarczycy wymagająca leczenia operacyjnego (operacji chirurgicznej):**
 - a) maksymalnie 4 konsultacje specjalistyczne endokrynologa lub dietetyka,
 - b) badania laboratoryjne: TSH, FT3/ FT4, Anty-TG, Anty-TPO;
- 3) **Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy:**
 - a) maksymalnie 4 konsultacje specjalistyczne u gastroenterologa, onkologa lub dietetyka,
 - b) badania specjalistyczne: gastroskopia, RTG z kontrastem, testy na obecność Helicobacter Pylori, histopatologia;
- 4) **Cukrzyca:**
 - a) maksymalnie 4 konsultacje specjalistyczne u diabetologa, endokrynologa, dietetyka lub psychoterapeuty,
 - b) badania specjalistyczne: badanie dna oka, EKG spoczynkowe, USG doppler tętnic,
 - c) badania laboratoryjne: glukoza, HbA1c, krzywa cukrowa, peptyd C, badanie ogólne moczu, morfologia krwi, Lipidogram, kreatynina, kwas moczowy, TSH, enzymy wątrobowe;
- 5) **Depresja leczona szpitalnie:**
 - a) maksymalnie 4 konsultacje specjalistyczne: z psychiatrą w formie stacjonarnej lub telekonsultacji lub telekonsultacji z psychoterapeutą;
- 6) **Kamica żółciowa wymagająca usunięcia kamieni:**
 - a) maksymalnie 4 konsultacje specjalistyczne u gastrologa lub dietetyka,
 - b) badania specjalistyczne: USG jamy brzusznej,
 - c) badania laboratoryjne: GGTP, AST, ALT, ALP, bilirubina, CRP, amylaza, lipaza;
- 7) **Osteoporoza:**
 - a) maksymalnie 4 konsultacje specjalistyczne u reumatologa,
 - b) zajęcia z trenerem fitness,
 - c) badania specjalistyczne: USG, densytometria kości,
 - d) badania laboratoryjne: morfologia, OB, wapń, fosfor, kreatynina, fosfataza alkaiczna, markery kostne BTM, witamina D;
- 8) **Zaawansowane nadciśnienie tętnicze:**
 - a) maksymalnie 4 konsultacje specjalistyczne u kardiologa,
 - b) badania specjalistyczne: badanie dna oka, 24 h EKG, ECHO serca, USG tętnic szyjnych, badanie ABPM – Holter ciśnieniowy, wskaźnik ABI, rezonans magnetyczny
 - c) badania laboratoryjne: glukoza, GFR, badanie ogólne moczu, morfologia krwi, Lipidogram, kreatynina, kwas moczowy, TSH, próba wątrobowe, elektrolity.

Tabela nr 7 „Choroby cywilizacyjne”

Lp.	Choroba cywilizacyjna	Limit Świadczeń na Zdarzenie ubezpieczeniowe	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do Świadczenia	Osoba uprawniona do Świadczenia
1.	Celiakia	Łączny limit w: a) wariant 1 – 1 000 zł b) wariant 2 – 2 000 zł c) wariant 3 – 3 000 zł podlimit 4 konsultacje specjalistyczne	wystąpienie u Ciebie celiakii, ujętej w Katalogu chorób cywilizacyjnych	wypłata Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne w zakresie celiakii	Ty
2.	Choroba tarczycy wymagająca leczenia operacyjnego (operacji chirurgicznej)	Łączny limit w: a) wariant 1 – 1 000 zł b) wariant 2 – 2 000 zł c) wariant 3 – 3 000 zł podlimit 4 konsultacje specjalistyczne	wystąpienie u Ciebie choroby tarczycy wymagającej leczenia operacyjnego, ujętej w Katalogu chorób cywilizacyjnych	wypłata Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne w zakresie choroby tarczycy wymagającej leczenia operacyjnego	Ty
3.	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	Łączny limit w: a) wariant 1 – 1 000 zł b) wariant 2 – 2 000 zł c) wariant 3 – 3 000 zł podlimit 4 konsultacje specjalistyczne	wystąpienie u Ciebie choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy, ujętej w Katalogu chorób cywilizacyjnych	wypłata Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne w zakresie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy	Ty

Lp.	Choroba cywilizacyjna	Limit Świadczeń na Zdarzenie ubezpieczeniowe	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do Świadczenia	Osoba uprawniona do Świadczenia
4.	Cukrzyca	Łączny limit w: a) wariantie 1 – 1 000 zł b) wariantie 2 – 2 000 zł c) wariantie 3 – 3 000 zł podlimit 4 konsultacje specjalistyczne	wystąpienie u Ciebie Cukrzycy, ujętej w Katalogu chorób cywilizacyjnych	wypłata Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne w zakresie cukrzycy	Ty
5.	Depresja leczona szpitalnie	Łączny limit w: a) wariantie 1 – 1 000 zł b) wariantie 2 – 2 000 zł c) wariantie 3 – 3 000 zł podlimit 4 konsultacje specjalistyczne	wystąpienie u Ciebie depresji leczonej szpitalnie, ujętej w Katalogu chorób cywilizacyjnych	wypłata Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne w zakresie depresji leczonej szpitalnie	Ty
6.	Kamica żółciowa wymagająca usunięcia kamieni	Łączny limit w: a) wariantie 1 – 1 000 zł b) wariantie 2 – 2 000 zł c) wariantie 3 – 3 000 zł podlimit 4 konsultacje specjalistyczne	wystąpienie u Ciebie kamicy żółciowej wymagającej usunięcia kamienia, ujętej w Katalogu chorób cywilizacyjnych	wypłata Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne w zakresie kamicy żółciowej wymagającej usunięcia kamieni	Ty
7.	Osteoporoza	Łączny limit w: a) wariantie 1 – 1 000 zł b) wariantie 2 – 2 000 zł c) wariantie 3 – 3 000 zł podlimit 4 konsultacje specjalistyczne	wystąpienie u Ciebie osteoporozy, ujętej w Katalogu chorób cywilizacyjnych	wypłata Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne w zakresie osteoporozy	Ty
8.	Zaawansowane nadciśnienie tętnicze	Łączny limit w: a) wariantie 1 – 1 000 zł b) wariantie 2 – 2 000 zł c) wariantie 3 – 3 000 zł podlimit 4 konsultacje specjalistyczne	wystąpienie u Ciebie zaawansowanego nadciśnienia tętniczego, ujętego w Katalogu chorób cywilizacyjnych	wypłata Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia Zachorowanie Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne w zakresie zaawansowanego nadciśnienia tętniczego	Ty

DZIECKO

8. W ramach zakresu „Dziecko”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy i pokryjemy koszty Świadczeń wskazanych poniżej, do limitu (w tym podlimitu) określonego w tabeli nr 8. Limit ten obowiązują łącznie dla wszystkich Osób uprawnionych w danym Roku polisowym. Zakres świadczeń obejmuje:

- Badania laboratoryjne** – na podstawie skierowania Lekarza prowadzącego leczenie zorganizujemy i pokryjemy koszty badań laboratoryjnych: morfologia, sodu, potasu, AST, ALT, mocznika, kreatyniny, koagulogramu (PT, APTT, d-dimery) oraz grupy krwi;
- Badania specjalistyczne** – na podstawie skierowania Lekarza prowadzącego leczenie zorganizujemy i pokryjemy koszty:
 - badania ultrasonograficznego (USG),
 - badania radiologicznego (RTG),
 - rezonansu magnetycznego (RM),
 - tomografii komputerowej (TK);
- Konsultacje Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej** – zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Placówce medycznej lub w Miejscu pobytu;
- Konsultacje psychologiczne po Wypadku** – zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji psychologa po Wypadku;
- Konsultacje specjalistyczne** – na podstawie skierowania od Lekarza prowadzącego leczenie zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji specjalistycznej lekarza chirurga lub ortopedy w Placówce medycznej;
- Leczenie stomatologiczne po Wypadku** – zorganizujemy i pokryjemy koszty leczenia stomatologicznego Osoby uprawnionej, gdy zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego Osoba uprawniona wymaga takiego leczenia w związku z Wypadkiem;
- Organizację i pokrycie kosztów rehabilitacji** – jeżeli zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona wymaga rehabilitacji w Miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, zapewnimy organizację procesu rehabilitacji oraz pokryjemy koszty rehabilitanta i zleconych zabiegów;

- 8) **Wypożyczenie, zakup i dostawę Sprzętu rehabilitacyjnego** – jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona powinna używać Sprzętu rehabilitacyjnego, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty zakupu albo wypożyczenia i transportu wypożyczonego Sprzętu rehabilitacyjnego do Miejsca pobytu, a także odbiór wypożyczonego sprzętu;
- 9) **Zwrot kosztów opłaty wpisowej za niewykorzystaną imprezę sportową** – zwracamy udokumentowane koszty opłaty wpisowej za niewykorzystaną imprezę sportową Osoby uprawnionej (zawody sportowe, płatne współzawodnictwo sportowe).

Tabela nr 8 „Dziecko”

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń w Roku polisowym na wszystkie Osoby uprawnione	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Osoba uprawniona do Świadczenia
			Doznanie przez Dziecko obrażeń ciała w wyniku Wypadku	
1.	Badania laboratoryjne	Łącznie 10 000 zł w tym podlimit dla konsultacji Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub konsultacji specjalistycznych: 3 konsultacje na każde Dziecko	TAK	Twoje Dzieci
2.	Badania specjalistyczne		TAK	
3.	Konsultacje Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		TAK	
4.	Konsultacje psychologiczne po Wypadku		TAK	
5.	Konsultacje specjalistyczne		TAK	
6.	Leczenie stomatologiczne po Wypadku		TAK	
7.	Organizacja i pokrycie kosztów rehabilitacji		TAK	
8.	Wypożyczenie, zakup i dostawa Sprzętu rehabilitacyjnego		TAK	
9.	Zwrot kosztów opłaty wpisowej za niewykorzystaną imprezę sportową		TAK	

KARDIOLOGICZNY

9. W ramach zakresu „Kardiologicznego”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego wskazanego w tabeli nr 9, zorganizujemy i pokryjemy koszty Świadczeń wskazanych poniżej, do limitów określonych w tabeli nr 9. W okresie trwania tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, przysługuje Ci prawo do skorzystania ze Świadczeń z tytułu jednego zawału serca oraz jednego udaru mózgu. Zakres świadczeń obejmuje:

1) **Pomoc po udarze mózgu w zakresie:**

- rehabilitacji narządów ruchu oraz kinezyterapii – jeżeli zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona wymaga rehabilitacji w Miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, zapewnimy organizację procesu rehabilitacji oraz pokryjemy koszty rehabilitanta i zleconych zabiegów,
- rehabilitacji neuropsychologicznej, neurologopedycznej oraz logopedycznej (w placówce rehabilitacyjnej) – jeżeli zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona wymaga rehabilitacji w placówce rehabilitacyjnej, zapewnimy organizację procesu rehabilitacji oraz pokryjemy koszty rehabilitanta i zleconych zabiegów,
- transportu medycznego (z Miejsca pobytu do placówki rehabilitacyjnej, z placówki rehabilitacyjnej do Miejsca pobytu) – na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie zorganizujemy i pokryjemy koszty transportu,
- zajęć z trenerem fitness – pokryjemy koszty zajęć z trenerem fitness,
- konsultacji z dietetykiem – na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie, pokryjemy koszty konsultacji z dietetykiem,
- konsultacji z psychologiem – na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie, pokryjemy koszty konsultacji z psychologiem;

2) **Pomoc po zawale serca w zakresie:**

- rehabilitacji po zawale serca – jeżeli zgodnie ze wskazaniem Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona wymaga rehabilitacji w Miejscu pobytu lub w poradni rehabilitacyjnej, zapewnimy organizację procesu rehabilitacji oraz pokryjemy koszty rehabilitanta i zleconych zabiegów,
- zajęć z trenerem fitness – pokryjemy koszty zajęć z trenerem fitness,
- konsultacji z dietetykiem – na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie pokryjemy koszty konsultacji z dietetykiem,
- konsultacji z psychologiem – na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie pokryjemy koszty konsultacji z psychologiem;

- 3) **Konsultacje specjalistyczne** – na podstawie skierowania Lekarza prowadzącego leczenie, zorganizujemy i pokryjemy koszt konsultacji chirurga naczyniowego, endokrynologa, kardiologa lub kardiochirurga.

Tabela nr 9 „Kardiologiczny”

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń na Zdarzenie ubezpieczeniowe	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Osoba uprawniona do Świadczenia
1.	Pomoc po udarze mózgu	Łącznie 10 000 zł	zachorowanie przez Ciebie na udar mózgu potwierdzony dokumentacją medyczną	Ty
2.	Pomoc po zawale serca	Łącznie 10 000 zł	zachorowanie przez Ciebie na zawał serca potwierdzony dokumentacją medyczną	
3.	Konsultacje specjalistyczne	4 konsultacje specjalistyczne w ramach limitu w pkt 1. lub 2.	zachorowanie przez Ciebie na udar mózgu lub zawał serca potwierdzone dokumentacją medyczną	

ONKOLOGICZNY

10. W ramach zakresu „Onkologicznego”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz spełnienia Warunków nabycia prawa do Świadczenia wskazanych w tabeli nr 10, zorganizujemy i pokryjemy koszty Świadczeń wskazanych poniżej, do limitu (w tym podlimitu) określonego w tabeli nr 10. Limit ten obowiązuje łącznie dla wszystkich Osób uprawnionych. Zakres świadczeń obejmuje:

- 1) **Konsultacje lekarskie** – na podstawie skierowania Lekarza prowadzącego leczenie, zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji u lekarzy następujących specjalizacji: chirurga, dermatologa, endokrynologa, ginekologa, hematologa, hepatologa, kardiologa, lekarza rehabilitacji, nefrologa, neurochirurga, neurologa, okulisty, onkologa, ortopedy, otolaryngologa, psychologa, psychoonkologa, pulmonologa, urologa;
- 2) **Diagnostykę laboratoryjną** – na podstawie skierowania Lekarza prowadzącego leczenie, zorganizujemy i pokryjemy koszty diagnostyki laboratoryjnej;
- 3) **Badania specjalistyczne** – na podstawie skierowania Lekarza prowadzącego leczenie zorganizujemy i pokryjemy koszty badań specjalistycznych:
 - a) badania ultrasonograficznego (USG),
 - b) badania radiologicznego (RTG),
 - c) rezonansu magnetycznego (RM),
 - d) tomografii komputerowej (TK);
- 4) **Rehabilitację onkologiczną** – na podstawie pisemnego zalecenia Lekarza prowadzącego leczenie zorganizujemy i pokryjemy koszty rehabilitacji;
- 5) **Zwrot kosztów zabiegu chirurgii estetycznej** – na podstawie dostarczonego przez Osobę uprawnioną rachunku potwierdzającego wykonanie zabiegu chirurgii estetycznej, zwrócimy jego koszty;
- 6) **Konsultacje genetyczne** – zorganizujemy i pokryjemy koszty:
 - a) wykonania testu predyspozycji genetycznych do zachorowania na nowotwór: sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty,
 - b) wykonania badań w zakresie co najmniej jednego z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC oraz izolowania DNA z próbki krwi. Badanie zostanie wykonane w zakresie wymienionych genów, które odpowiadają za predyspozycję do zachorowania przez Ciebie na chorobę nowotworową narządu, którego dotyczył nowotwór Członka najbliższej rodziny,
 - c) konsultacji onkologiczno-genetycznej w zakresie wykonanego testu predyspozycji genetycznych,
 - d) konsultacji psychoonkologicznej dla Ciebie po wykonaniu testu predyspozycji genetycznych;
- 7) **Konsultacje genetyczne Członków najbliższej rodziny** – zorganizujemy i pokryjemy koszty:
 - a) wykonania testu predyspozycji genetycznych do zachorowania na nowotwór: sutka, jajnika, jelita grubego, nerki, tarczycy lub prostaty,
 - b) wykonania badań w zakresie co najmniej jednego z następujących genów: CA19-9, BRCA1, BRCA2, CHEK2 (multipleks, del5395), NBS1, HOXB13 G84E, RS 188140481, MSH1, MLH2, MSH6, APC oraz izolowania DNA z próbki krwi. Badanie zostanie wykonane w zakresie wymienionych genów, które odpowiadają za predyspozycję do zachorowania przez Członków najbliższej rodziny na chorobę nowotworową narządu, który dotyczy Ciebie,
 - c) konsultacji onkologiczno-genetycznej w zakresie wykonanego testu predyspozycji genetycznych,
 - d) konsultacji psychoonkologicznej dla Członków najbliższej rodziny po wykonaniu testu predyspozycji genetycznych;
- 8) **Pokrycie kosztów zakupu peruki** – pokryjemy koszty zakupu peruki;
- 9) **Konsultacja psychoonkologa dla Członków najbliższej rodziny** – zorganizujemy i pokryjemy koszty konsultacji psychoonkologa dla Członków najbliższej rodziny.

Tabela nr 10 „Onkologiczny”

Lp.	Zakres Świadczeń	Limit Świadczeń na wszystkie Zdarzenie ubezpieczeniowe	Zdarzenie ubezpieczeniowe	Warunki nabycia prawa do Świadczenia	Osoba uprawniona do Świadczenia
1.	Konsultacje lekarskie	Łącznie 10 000 zł w tym podlimit 3 000 zł w zakresie: 1) konsultacji lekarskich, 2) diagnostyki laboratoryjnej, 3) badań specjalistycznych: łącznie na zdarzenia: a) wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo skierowanie lekarza prowadzącego leczenie dotyczące diagnostyki choroby onkologicznej lub b) zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór złośliwy lub c) zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym	a) wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemne skierowanie lekarza prowadzącego leczenie dotyczące diagnostyki choroby onkologicznej lub	a) wydanie Tobie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego albo pisemnego skierowania Lekarza prowadzącego leczenie dotyczącego diagnostyki choroby onkologicznej lub	Ty
2.	Diagnostyka laboratoryjna		b) zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór złośliwy lub	b) wypłata Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór złośliwy lub	Ty
3.	Badania specjalistyczne		c) zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym	c) wypłata Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym	Ty
4.	Rehabilitacja onkologiczna		zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór złośliwy	wypłata Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór złośliwy	Ty
5.	Zwrot kosztów zabiegu chirurgii estetycznej		zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór złośliwy	wypłata Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór złośliwy	Ty
6.	Konsultacje genetyczne		b) zachorowanie na chorobę nowotworową w stadium przedinwazyjnym	—	Ty
7.	Konsultacje genetyczne Członków najbliższej rodziny		zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór złośliwy	wypłata Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór złośliwy	Członkowie najbliższej rodziny
8.	Pokrycie kosztów zakupu peruki		zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór złośliwy	wypłata Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór złośliwy	Ty
9.	Konsultacja psychoonkologa dla Członków najbliższej rodziny		zachorowanie przez Ciebie na Nowotwór złośliwy	wypłata Świadczenia z tytułu Dodatkowej umowy ubezpieczenia zachorowanie Ubezpieczonego na Nowotwór złośliwy	Członkowie najbliższej rodziny

WSPARCIE DLA RODZICÓW

11. W ramach zakresu „Wsparcie dla Rodziców”, w przypadku zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego zorganizujemy i pokryjemy koszty Świadczeń wskazanych poniżej, do limitu (w tym podlimitu) określonego w tabeli nr 11. Limit obowiązuje w Roku polisowym i dotyczy łącznie wszystkich Osób uprawnionych. Zakres świadczeń obejmuje:

- 1) **Dostawę leków** – jeżeli zgodnie z pisemnym zaleceniem Lekarza prowadzącego leczenie Osoba uprawniona wymaga leżenia, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty dostarczenia leków do Miejsca pobytu. Nie pokrywamy kosztów zakupu leków. Nie odpowiadamy za braki w asortymencie leków w aptekach;
- 2) **Dostosowanie mieszkania** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszty dostosowania Miejsca pobytu Osoby uprawnionej do jej potrzeb w zakresie: oporęczowania ciągów komunikacyjnych, WC, łazienki; likwidacji barier architektonicznych poprzez montaż podjazdów, podestów, montaż siedziska prysznicowego, montaż antypoślizgowej podłogi w WC, montaż armatury lub ceramiki dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Świadczenie nie obejmuje kosztu zakupów materiałów i sprzętów;
- 3) **Konsultacje telefoniczne z Lekarzem pierwszego kontaktu** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszty telekonsultacji z Lekarzem pierwszego kontaktu;
- 4) **Opiekę domową po Hospitalizacji** – jeżeli Osoba uprawniona jest Hospitalizowana przez co najmniej 7 dni i jednocześnie z uwagi na stan zdrowia konieczna jest po zakończeniu Hospitalizacji pomoc w prowadzeniu domu, zapewnimy organizację i pokryjemy koszty opieki domowej. Usługa opieki domowej obejmuje: pomoc domową w przygotowaniu posiłku, zrobienie drobnych zakupów, utrzymanie czystości w domu przy użyciu środków i sprzętów udostępnionych przez

Osobę uprawnioną: sprzątanie podłóg na sucho i na mokro, ścieranie kurzy z mebli i parapetów, odkurzanie dywanów i wykładzin, sprzątanie łazienki, zmywanie naczyń, czyszczenie zlewu, czyszczenie płyty kuchennej, wyrzucanie śmieci, podlewanie kwiatów. Świadczenie nie obejmuje kosztu zakupów materiałów i sprzętów;

- 5) **Opiekę nad zwierzętami** – jeżeli zgodnie z informacją uzyskaną od Lekarza prowadzącego leczenie, Osoba uprawniona będzie Hospitalizowana przez co najmniej 3 dni, zapewnimy organizację i pokryjemy koszt przewozu psów lub kotów Osoby uprawnionej do odpowiedniej placówki gwarantującej całodobową opiekę nad zwierzętami;
- 6) **Transport medyczny** – jeżeli Osoba uprawniona wymaga transportu medycznego:
 - a) z Miejsca pobytu do Placówki medycznej,
 - b) między Placówkami medycznymi,
 - c) z Placówki medycznej do Miejsca pobytu,
 zapewnimy organizację i pokryjemy jego koszty. 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 Osoby uprawnionej;
- 7) **Wizytę lekarza pierwszego kontaktu** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszty: wizyty Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w Miejsce pobytu Osoby uprawnionej albo wizyty Osoby uprawnionej w Placówce medycznej u Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 8) **Wizytę wskazanej osoby w razie Hospitalizacji Osoby uprawnionej** – jeśli osoba uprawniona jest Hospitalizowana przez co najmniej 3 dni, zapewnimy dla jednej osoby wskazanej przez Osobę uprawnioną:
 - a) zwrot kosztów zakupu biletów autobusowych lub kolejowych w obydwie strony (do i ze Szpitala, w którym znajduje się Osoba uprawniona),
 - b) zakwaterowanie w hotelu w pobliżu Szpitala, w którym znajduje się Osoba uprawniona;
- 9) **Wizytę pielęgniarki** – zapewnimy organizację i pokryjemy koszty wizyty pielęgniarki u Osoby uprawnionej;
- 10) **Zakup aparatu słuchowego** – jeżeli lekarz laryngolog stwierdzi niedosłuch Osoby uprawnionej i wystawi zlecenie na aparat słuchowy, na podstawie dostarczonego przez Osobę uprawnioną rachunku potwierdzającego zakup aparatu słuchowego, zwrócimy koszty jego zakupu.

Tabela nr 11 „Wsparcie dla Rodziców”

Lp.	Zakres świadczeń	Limit Świadczeń w Roku polisowym na wszystkie Osoby uprawnione	Zdarzenie ubezpieczeniowe		Osoba uprawniona do Świadczenia
			Nagłe zachorowanie	Obrażenia ciała w wyniku Wypadku	
1.	Dostawa leków	Łącznie 5 000 zł w tym podlimit łącznie 6 wizyt na: a) wizyty Lekarza pierwszego kontaktu lub b) wizyty pielęgniarki lub c) konsultacje telefoniczne z Lekarzem pierwszego kontaktu	TAK	TAK	Rodzic Rodzic Małżonka Rodzic Partnera
2.	Dostosowanie mieszkania		TAK	TAK	
3.	Konsultacje telefoniczne z Lekarzem pierwszego kontaktu		TAK	TAK	
4.	Opieka domowa po Hospitalizacji		TAK	TAK	
5.	Opieka nad zwierzętami		TAK	TAK	
6.	Transport medyczny		TAK	TAK	
7.	Wizyta Lekarza pierwszego kontaktu		TAK	TAK	
8.	Wizyta wskazanej osoby w razie Hospitalizacji Osoby uprawnionej		TAK	TAK	
9.	Wizyta pielęgniarki		TAK	TAK	
10.	Zakup aparatu słuchowego		TAK	TAK	

§ 6 W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia

1. Nie zrealizujemy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem Osoby uprawnionej na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Osobę uprawnioną;
 - 2) leczeniem Osoby uprawnionej wynikającym lub będącym konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków;
 - 3) epidemią lub pandemią, katastrofami naturalnymi, wyciekami, zanieczyszczeniami lub skażeniami;
 - 4) poddaniem się przez Osobę uprawnioną leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 5) uprawianiem przez Osobę uprawnioną następujących aktywności: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotnictwo, motoparalotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);

- 6) działaniem Osoby uprawnionej 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 7) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Osobę uprawnioną: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Osobę uprawnioną lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 9) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 10) rozpoznany u Osoby uprawnionej zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z - nie dotyczy Zakresu ubezpieczenia obejmującego depresję leczoną szpitalnie wskazaną w tabeli nr 7;
 - 11) zabiegami chirurgii estetycznych Osoby uprawnionej (nie dotyczy zwrotu kosztów zabiegu chirurgii estetycznej w zakresie wskazanym w tabeli nr 10);
 - 12) chorobami przewlekłymi Osoby uprawnionej, w zakresie wskazanym w Tabelach nr: 1-4, 6, 8 i 11;
 - 13) rutynowymi kontrolami zdrowotnymi i profilaktycznymi Osoby uprawnionej, w zakresie wskazanym w Tabelach nr: 1-4.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku:
- 1) świadczeń i usług poza terytorium Polski;
 - 2) kosztów zakupu leków (nie ponosimy odpowiedzialności za braki w asortymencie leków w aptekach);
 - 3) wizyty lekarskiej u stomatologa, jeśli nie dotyczy skutków Wypadku.

§ 7 Jakie są zasady realizacji Świadczeń

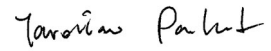
1. Przed skorzystaniem przez Osobę uprawnioną ze Świadczeń konieczne jest skontaktowanie się telefonicznie z Centrum operacyjnym, którego numer telefonu znajduje się w Certyfikacie, czynnym przez całą dobę we wszystkie dni w roku (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).
2. Podczas telefonicznego zgłoszenia, należy podać:
 - 1) numer PESEL (lub datę urodzenia w przypadku jego braku) – Twój oraz Osoby uprawnionej;
 - 2) imię i nazwisko – Twoje oraz Osoby uprawnionej;
 - 3) adres Miejsca pobytu;
 - 4) serię i numer Polisy;
 - 5) krótki opis zdarzenia i rodzaj koniecznej pomocy;
 - 6) numer telefonu do kontaktu zwrotnego;
 - 7) inne informacje konieczne pracownikowi Centrum operacyjnego do zorganizowania pomocy w ramach usług Warty Opieki.
3. Osoby uprawnione zobowiązane są, na wniosek Centrum operacyjnego, do dostarczenia wskazanych dokumentów, do których należą w szczególności: kopia historii choroby, skierowania lekarskie, karty informacyjne z konsultacji lekarskich, karty wypisowe ze szpitala, recepty, faktury i rachunki dokumentujące poniesione koszty.
4. Jeżeli Osoba uprawniona, po skontaktowaniu się z Centrum operacyjnym i za naszą zgodą zorganizowała i pokryła koszty usług związanych ze Zdarzeniem ubezpieczeniowym we własnym zakresie, wypłacimy Świadczenie w wysokości poniesionych kosztów do wysokości limitów lub podlimitów poszczególnych zakresów Warty Opieki
5. Jeżeli Osoba uprawniona, z przyczyn niezależnych od siebie, nie mogła skontaktować się telefonicznie z Centrum operacyjnym, zobowiązana jest w ciągu 7 dni kalendarzowych od dnia, w którym skontaktowanie się z Centrum operacyjnym stało się możliwe, powiadomić o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego oraz wskazać, dlaczego nie mogła skontaktować się z Centrum operacyjnym.
6. Jeżeli ze względu na brak możliwości skontaktowania się z Centrum Operacyjnym Osoba uprawniona we własnym zakresie zorganizowała i pokryła koszty usług zobowiązujemy się do wypłaty Świadczenia w wysokości poniesionych przez Osobę uprawnioną kosztów, w zakresie i do wysokości limitów lub podlimitów, wskazanych w poszczególnych zakresach Warty Opieki Zwrotu poniesionych kosztów dokonamy na podstawie:
 - a) dokumentów potwierdzających zajście Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - b) spełnienia warunków nabycia prawa do Świadczenia, o których mowa w tabelach 7 i 10;
 - c) dokumentów potwierdzających zakres uzyskanej pomocy oraz rachunków i dowodów ich zapłaty.
7. Wypłata Świadczenia w wysokości poniesionych kosztów następuje w takim zakresie, w jakim zostały one udokumentowane przez Osobę uprawnioną i w granicach kwot, limitów lub podlimitów Świadczeń wskazanych w poszczególnych zakresach Warty Opieki.

§ 8 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdził uchwala nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących teleopieki kardiologicznej

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 5, § 7 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące teleopieki kardiologicznej

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- Podstawowego zakresu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „Kardiologicznego”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących teleopieki kardiologicznej stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- 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.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Centrum operacyjne** – podmiot, z którym zawarliśmy umowę dotyczącą realizacji Świadczeń w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Centrum telemedyczne** – całodobowe centrum obsługujące Ubezpieczonych w zakresie Teleopieki kardiologicznej;
 - Hospitalizacja** – pobyt w Szpitalu w następstwie Nagłego zachorowania kardiologicznego albo Zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej, trwający nieprzerwanie co najmniej 3 dni, związany z leczeniem stanów, których nie można leczyć ambulatoryjnie;
 - Lekarz prowadzący leczenie** – lekarz, który prowadzi Twoje leczenie na skutek Nagłego zachorowania kardiologicznego lub Zaostrzenia lub powikłania choroby przewlekłej, wskazany przez Ciebie pisemnie, jako Osoba uprawniona do kontaktu, upoważniona do otrzymania od Centrum operacyjnym wyników Twoich badań;
 - Lekarz dyżurny** – osoba o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach, zgodnych z wymaganiami określonymi w przepisach Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
 - Miejsce pobytu** – wskazane przez Ciebie miejsce Twojego stałego pobytu na terytorium Polski;
 - Nagłe zachorowanie kardiologiczne** – powstały w okresie trwania naszej odpowiedzialności w sposób nagły i niespodziewany stan chorobowy układu sercowo-naczyniowego wymieniony w Tabeli stanów chorobowych uprawniających do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej, który zagraża Twojemu życiu lub zdrowiu oraz skutkuje Twoją Hospitalizacją;
 - Osoba uprawniona do kontaktu** – osoba, którą wskażesz pisemnie, uprawniona do kontaktu z Centrum operacyjnym w Twoim imieniu oraz do otrzymania wyników Twoich badań, które zostaną udostępnione przez Centrum operacyjne;
 - Szpital** – działający na terytorium Polski zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa, państwowy lub niepaństwowy, zamknięty zakład opieki zdrowotnej (z wyłączeniem zakładów psychiatrycznych i szpitali więziennych), którego zadaniem jest całodobowa opieka nad chorymi i ich leczenie w warunkach stałych i specjalnie do tych celów przystosowanych. Szpitalem w rozumieniu niniejszych warunków ubezpieczenia 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;
 - Świadczenie** – w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie spełniane przez nas na Twoją rzecz;
 - Tabela stanów chorobowych uprawniających do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej** – wykaz stanów chorobowych uprawniających do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej, stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;

- 12) **Teleopieka kardiologiczna** – usługa realizowana na odległość za pomocą systemów telemedycznych przez Centrum operacyjne na Twoją rzecz;
- 13) **Zaostrzenie lub powikłanie choroby przewlekłej** – powstałe w okresie trwania naszej odpowiedzialności nagłe nasilenie objawów chorobowych układu sercowo-naczyniowego wymienionych w Tabeli stanów chorobowych uprawniających do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej ze strony tego samego lub innego narządu, pozostające w bezpośrednim związku z tą chorobą, o ostrym (burzliwym) przebiegu, zagrażające Twojemu życiu lub zdrowiu oraz skutkuje Twoją Hospitalizacją;
- 14) **Zestaw teleopieki kardiologicznej** – aparat EKG, materiały szkoleniowe i informacyjne, udostępnione przez Centrum operacyjne w ramach Teleopieki kardiologicznej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest:

- 1) Nagłe zachorowanie kardiologiczne albo
 - 2) Zaostrzenie lub powikłanie choroby przewlekłej,
- pod warunkiem, że nastąpiło na terytorium Polski w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu Teleopieki kardiologicznej rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 Jaki jest zakres Świadczeń w ramach Teleopieki kardiologicznej

1. W ramach Teleopieki kardiologicznej przez 180 dni, licząc od daty, w której dostarczyliśmy Ci Zestaw teleopieki kardiologicznej do Miejsca Twojego pobytu, zapewnimy Ci całodobowy dyżur Centrum telemedycznego w ramach następujących usług (bez limitu ilościowego):
 - 1) rejestrowanie w systemie telemedycznym badań przesłanych przez Ciebie za pomocą otrzymanego aparatu EKG;
 - 2) analizę badań przez Lekarza dyżurnego;
 - 3) stały kontakt telefoniczny z Lekarzem dyżurnym;
 - 4) dostęp do informacji na temat wyniku badań pod numerem Centrum telemedycznego, znajdującym się na aparacie EKG;
 - 5) archiwizację wszystkich wykonanych badań wraz z ich wynikami przez okres 20 lat, licząc od końca roku kalendarzowego, w którym dokonano ostatniego wpisu;
 - 6) udostępnienie drogą telefoniczną (po uprzedniej weryfikacji tożsamości) lub mailową (w postaci zaszyfrowanych plików) wyników Twoich badań Osobie uprawnionej do kontaktu lub Lekarzowi prowadzącemu leczenie;
 - 7) wezwanie pogotowia ratunkowego do miejsca Twojego pobytu, w przypadku stwierdzenia przez Lekarza dyżurnego uzasadnionej medycznie potrzeby pomocy oraz posiadania informacji o miejscu Twojego pobytu, a także poinformowanie o tym fakcie Osoby uprawnionej do kontaktu (w przypadku wyrażenia przez Ciebie takiej woli);
 - 8) przekazywanie dyspozytorowi pogotowia ratunkowego informacji na temat wyniku Twojego badania.
2. Warunkiem udostępnienia wyników badań Osobie uprawnionej do kontaktu lub Lekarzowi prowadzącemu leczenie jest przekazanie przez Ciebie pisemnej zgody na taki kontakt do Centrum operacyjnego.
3. W ramach Teleopieki kardiologicznej pokrywamy koszty:
 - 1) dostarczenia przez Centrum operacyjne Zestawu teleopieki kardiologicznej do Miejsca pobytu;
 - 2) szkolenia z obsługi aparatu EKG, stanowiącego element Zestawu teleopieki kardiologicznej oraz ze sposobu korzystania z Teleopieki kardiologicznej, które zostaną przeprowadzone telefonicznie przez Centrum operacyjne;
 - 3) Teleopieki kardiologicznej;
 - 4) odbioru przez Centrum operacyjne aparatu EKG wraz z dostarczoną do niego ładowarką, stanowiące element Zestawu teleopieki kardiologicznej z Miejsca pobytu, po upływie okresu na jaki udostępniliśmy Ci aparat EKG.
4. Zestaw teleopieki kardiologicznej dostarczymy Ci w terminie maksymalnie 3 Dni roboczych od daty zgłoszenia Zdarzenia ubezpieczeniowego do Centrum operacyjnego.
5. Warunkiem telefonicznego kontaktu Lekarza dyżurnego Centrum telemedycznego jest posiadanie przez Ciebie telefonu stacjonarnego lub komórkowego, którego numer podasz w trakcie kontaktu z Centrum operacyjnym.

§ 6 W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia

1. Nie zrealizujemy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - 1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
 - 2) leczeniem eksperymentalnym i niepotwierdzonym badaniami;
 - 3) zabiegami ze wskazań estetycznych niezależnie od powodu ich wykonania;
 - 4) poddaniem się przez Ciebie leczeniu, terapii, zabiegom o charakterze medycznym, odbywanym poza kontrolą lekarzy lub innych osób uprawnionych;
 - 5) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;

- 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 7) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 8) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia przez Ciebie samobójstwa;
 - 9) leczeniem wynikającym lub będącym konsekwencją wojny, działań wojennych, konfliktów zbrojnych, zamieszek, rozruchów, zamachu stanu, aktów terroru, powstania, strajków;
 - 10) epidemią lub pandemią, katastrofami naturalnymi, wyciekami, zanieczyszczeniami lub skażeniami;
 - 11) Twoim udziałem w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotnictwo, motoparalotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping).
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia jest wyłączona w przypadku:
 - 1) świadczeń i usług poza terytorium Polski;
 - 2) zdarzeń i następstw zdarzeń, które wystąpiły poza terytorium Polski;
 - 3) zdarzeń niezwiązanych z Nagłym zachorowaniem kardiologicznym lub Zaostrzeniem lub powikłaniem choroby przewlekłej.
 3. Zakresem ubezpieczenia nie są objęte koszty połączeń z Centrum operacyjnym oraz Centrum telemedycznym. Opłaty za połączenie są zgodne z cennikiem operatora.

§ 7 Jakie są zasady realizacji Świadczeń

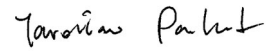
1. W celu skorzystania ze Świadczeń w ramach Teleopieki kardiologicznej, niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego, skontaktuj się telefonicznie z Centrum operacyjnym, którego numer telefonu znajduje się w Certyfikacie. Centrum operacyjne czynne jest całą dobę we wszystkie dni w roku (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).
2. Podczas telefonicznego zgłoszenia podaj następujące informacje:
 - 1) dane umożliwiające Twoją identyfikację (Twoje imię i nazwisko oraz numer PESEL lub datę urodzenia w przypadku jego braku);
 - 2) numer telefonu, pod którym można skontaktować się z Tobą lub wskazaną przez Ciebie Osobą kontaktową;
 - 3) adres Miejsca pobytu.
3. Warunkiem skorzystania z Teleopieki kardiologicznej jest przesłanie do Centrum operacyjnego dokumentacji medycznej potwierdzającej zaistnienie Zdarzenia ubezpieczeniowego, np.: karty wypisowej ze szpitala lub innego dokumentu potwierdzającego datę początku i końca hospitalizacji oraz diagnozę medyczną wystawioną przez Lekarza prowadzącego leczenie.
4. Możesz przesłać do Centrum operacyjnego własnoręcznie podpisane oświadczenie, stanowiące upoważnienie Osoby uprawnionej do kontaktu lub Lekarza prowadzącego leczenie do odbioru wyników badań, zawierające imię i nazwisko, datę Twojego urodzenia oraz telefon do Osoby kontaktowej lub Lekarza prowadzącego leczenie, w celu umożliwienia z nimi kontaktu.
5. Po potwierdzeniu uprawnień do realizacji Teleopieki kardiologicznej, Centrum operacyjne kontaktuje się z Centrum telemedycznym w celu przekazania Twoich danych oraz z Tobą, aby przekazać szczegółowy dotyczący realizacji Teleopieki kardiologicznej.
6. Centrum telemedyczne kontaktuje się z Centrum operacyjnym w celu poinformowania o dacie, w której dostarczy Ci Zestaw teleopieki kardiologicznej.
7. W celu prawidłowej realizacji Świadczenia zobowiązujesz się:
 - 1) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum operacyjnego;
 - 2) umożliwić Centrum operacyjnemu dokonanie czynności niezbędnych do ustalenia zasadności Świadczenia oraz udzielić w tym celu niezbędnych informacji;
 - 3) postępować zgodnie z dyspozycjami Centrum telemedycznego w zakresie korzystania z aparatu EKG;
 - 4) niezwłocznie informować Centrum telemedyczne oraz Centrum operacyjne o oznakach nieprawidłowego działania, awariach, uszkodzeniach aparatu EKG lub utrudnieniach w korzystaniu z niego;
 - 5) do nieprzekazywania aparatu EKG osobom trzecim i korzystania z Teleopieki kardiologicznej wyłącznie na własny użytek;
 - 6) korzystać z aparatu EKG zgodnie z instrukcją obsługi, co stanowi jeden z warunków umożliwiających należyte świadczenie Teleopieki kardiologicznej przez Centrum telemedyczne.
8. Po zakończeniu Świadczenia usługi w ramach Teleopieki kardiologicznej zobowiązujesz się do zwrotu aparatu EKG. W tym celu Centrum operacyjne skontaktuje się z Tobą i ustali sposób i termin zwrotu aparatu EKG. Nie ponosisz kosztu jego odbioru.

§ 8 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdził uchwala nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących telezdrowia

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 5, § 7 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7 ust. 4–8 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące telezdrowia

*Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• Pakietu dodatkowego „Telezdrowie”.*

§ 1 Postanowienia ogólne

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

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Dziecko** – Twoje własne dziecko, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica lub dziecko przez Ciebie przysposobione, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 3. miesiąc życia i nie ukończyło 25. roku życia;
 - E-konsultacje** – Świadczenia medyczne realizowane przez Lekarzy za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności na odległość przez Operatora. Zakres E-konsultacji wskazany został w Tabeli nr 1 tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Infolinia** – dedykowany numer, pod którym Ty oraz Współubezpieczony możecie umówić Świadczenie medyczne;
 - Lekarz** – osoba posiadającą odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami polskiego prawa;
 - Operator** – podmiot koordynujący w naszym imieniu realizację Świadczeń medycznych;
 - Placówka medyczna** – podmiot leczniczy uprawniony do udzielania Świadczeń medycznych, działający na terytorium i zgodnie z prawem obowiązującym w Polsce. Placówką medyczną nie jest: ośrodek opieki społecznej, psychiatryczny zakład opiekuńczo-leczniczy, hospicjum, ośrodek leczenia uzależnień, ośrodek i szpital sanatoryjny, ośrodek wypoczynkowy oraz ośrodek rehabilitacji;
 - Portal pacjenta** – serwis internetowy udostępniany przez Operatora, którego funkcjonalność pozwala na samodzielne rezerwowanie wizyt, ich odwoływanie, odbycie E-konsultacji, dostęp do wyników badań i zrealizowanych usług, a także transfer danych pomiędzy Tobą lub Współubezpieczonym a lekarzem przy użyciu środków komunikacji elektronicznej;
 - Świadczenie medyczne** – działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia, w zakresie objętym naszą odpowiedzialnością w zależności od wybranego Zakresu ochrony oraz jego Wariantu. Świadczenia medyczne obejmują E-konsultacje oraz usługi stacjonarne realizowane w Placówkach medycznych wskazanych przez Operatora;
 - Uprawniony**:
 - w Wariantcie Dla Ciebie – Ty,
 - w Wariantcie Dla Dwojga – Ty oraz Twój Małżonek albo Partner albo Ty i jedno Twoje Dziecko,
 - w Wariantcie Dla Rodziny – Ty, Twój Małżonek albo Partner oraz Twoje Dzieci;
 - Wariant** – rodzaj Zakresu ochrony dostępny w trzech wersjach, wskazany w Tabeli nr 1:
 - Wariant Dla Ciebie** – wariant, w którym ochroną ubezpieczeniową obejmujemy Ciebie,
 - Wariant Dla Dwojga** – wariant, w którym ochroną ubezpieczeniową obejmujemy Ciebie oraz Twojego Małżonka albo Partnera albo Ciebie i jedno Twoje Dziecko,
 - Wariant Dla Rodziny** – wariant, w którym ochroną ubezpieczeniową obejmujemy Ciebie, Twojego Małżonka albo Partnera i Twoje Dzieci;

- 11) **Współubezpieczony** – osoba zamieszkała na terenie Polski, będąca Małżonkiem albo Partnerem lub Dzieckiem. Wskazanie Współubezpieczonego odbywa się w momencie zakładania konta w Portalu pacjenta albo podczas rozmowy z konsultantem na Infolinii;
- 12) **Zakres ochrony** – określony w Tabeli nr 1 zakres Świadczeń medycznych, dostępny w trzech wersjach:
- Telezdrowie,
 - Telezdrowie Plus,
 - Telezdrowie Premium.
- Zakres ochrony może występować w kilku Wariantach.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Twoja sytuacja zdrowotna lub sytuacja zdrowotna Twojego Małżonka albo Partnera lub Dziecka, powodująca potrzebę skorzystania ze Świadczenia medycznego lub innego wsparcia w obszarze zdrowia, w zakresie określonym w Tabeli nr 1, mająca miejsce w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność w zakresie określonym w Polisie oraz wybranym przez Ciebie Wariantcie:
 - względem Ciebie – rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - względem Współubezpieczonego – rozpoczyna się w dniu jego wskazania w momencie zakładania konta w Portalu pacjenta albo podczas rozmowy z konsultantem na Infolinii, lecz nie wcześniej niż w dniu objęcia Ciebie ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 Jaki jest zakres Świadczeń w ramach Telezdrowia

- W ramach Telezdrowia, zrealizujemy Świadczenia medyczne zgodnie z wybranym przez Ciebie Wariantem Zakresu ochrony wskazanym w Tabeli nr 1.
- Możesz być objęta/y ochroną wyłącznie w ramach jednego Wariantu Zakresu ochrony.
- Twoi Współubezpieczeni objęci są tym samym Wariantem Zakresu ochrony co Ty.
- Możesz zmienić Współubezpieczonego za pośrednictwem Infolinii, nie częściej niż raz na 12 miesięcy, licząc od poprzedniego wskazania.
- Dzieci do ukończenia 18 roku życia nie są objęte E- konsultacjami lekarza psychiatry.
- Świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie na terytorium Polski.

Tabela nr 1

Zakres ochrony	Telezdrowie	Telezdrowie Plus	Telezdrowie Premium
Wariant	Dla Ciebie Dla Dwojga Dla Rodziny	Dla Ciebie Dla Dwojga Dla Rodziny	Dla Ciebie Dla Dwojga Dla Rodziny
E-KONSULTACJE LEKARZY PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ (nielimitowane)			
internista	✓	✓	✓
pediatra	✓	✓	✓
lekarz rodzinny	✓	✓	✓
E-KONSULTACJE LEKARZY SPECJALISTÓW (nielimitowane)			
alergolog	✓	✓	✓
chirurg ogólny	✓	✓	✓
dermatolog	✓	✓	✓
endokrynolog	✓	✓	✓
ginekolog	✓	✓	✓
kardiolog	✓	✓	✓
ortopeda	✓	✓	✓
urolog	✓	✓	✓
neurolog	✓	✓	✓
gastrolog	—	✓	✓
laryngolog	—	—	✓
okulista	—	—	✓
onkolog	—	—	✓
psychiatra	4 E-konsultacje w Roku polisowym na każdego Uprawnionego		
KONSULTACJE STACJONARNE LEKARZY			Łącznie 4 konsultacje lekarskie w Roku polisowym na każdego Uprawnionego, w ramach poniższych specjalizacji:
alergolog	—	—	✓
chirurg ogólny	—	—	✓

Zakres ochrony	Telezdrowie	Telezdrowie Plus	Telezdrowie Premium
Wariant	Dla Ciebie Dla Dwojga Dla Rodziny	Dla Ciebie Dla Dwojga Dla Rodziny	Dla Ciebie Dla Dwojga Dla Rodziny
dermatolog	—	—	✓
endokrynolog	—	—	✓
ginekolog	—	—	✓
kardiolog	—	—	✓
ortopeda	—	—	✓
urolog	—	—	✓
neurolog	—	—	✓
gastrolog	—	—	✓
laryngolog	—	—	✓
okulista	—	—	✓
onkolog	—	—	✓
BADANIA LABORATORYJNE (nielimitowane, wykonywane na podstawie skierowania lekarskiego)			
Badanie hematologiczne:			
morfologia krwi bez rozmazu	—	✓	✓
morfologia krwi z pełnym różnicowaniem granulocytów	—	✓	✓
OB	—	✓	✓
Badanie ogólne moczu			
Badania biochemiczne:			
CRP ilościowo	—	✓	✓
profil wątrobowy (ALT, AST, GGTP, bilirubina całkowita)	—	✓	✓
lipidogram (cholesterol całkowity, HDL, LDL, triglicerydy)	—	✓	✓
badanie kreatyniny	—	✓	✓
TSH	—	—	✓
ATPO	—	—	✓
FT3, FT4	—	—	✓
glukoza	—	—	✓
BADANIA DIAGNOSTYCZNE (nielimitowane, wykonywane na podstawie skierowania lekarskiego)			
cytologia ginekologiczna	—	—	✓
EKG spoczynkowe	—	—	✓
ZABIEGI AMBULATORYJNE (nielimitowane)			
Zabiegi pielęgniarские	—	—	pomiar ciśnienia iniekcje domięśniowe, dożylnie, podskórne założenie i zmiana prostego opatrunku pobranie krwi
Zabiegi ginekologiczne	—	—	pobranie materiału do badania cytologicznego
Zabiegi okulistyczne	—	—	badanie dna oka badanie ostrości widzenia badanie pola widzenia pomiar ciśnienia śródgałkowego usunięcie ciała obcego z oka
Zabiegi laryngologiczne	—	—	płukanie uszu usunięcie ciała obcego z ucha/gardła/nosa postępowanie zachowawcze w przypadku krwawienia z nosa
Zabiegi chirurgiczne i ortopedyczne	—	—	zmiana opatrunku opatrzenie drobnych urazów zdjęcie i założenie gipsu szycie rany zdjęcie szwów

§ 6 W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia

- Nie zrealizujemy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w przypadku zdarzeń powstałych w związku z:
 - samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Ciebie lub przez Współubezpieczonego;
 - działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Twoim lub Współubezpieczonego w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;

- 4) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Ciebie lub Współubezpieczonego lub inną osobę przy ich współudziale lub za ich namową
2. Świadczenia medyczne nie obejmują sytuacji zagrażających życiu, wymagających działań w trybie nagłym oraz wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej, realizowanej przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego.

§ 7 Jakie są zasady realizacji Świadczeń

1. W celu skorzystania ze Świadczeń w ramach Telezdrowia, należy niezwłocznie po zaistnieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego skontaktować się z Operatorem za pośrednictwem Infolinii lub Portalu Pacjenta, których numer telefonu oraz adres znajdują się w Certyfikacie.
2. Aby skorzystać z E-konsultacji za pośrednictwem Portalu pacjenta, należy:
 - 1) posiadać urządzenie z dostępem do Internetu, umożliwiające komunikację w formie, w jakiej prowadzona będzie E-konsultacja (koszt usług internetowych zgodnie z taryfą dostawcy usług);
 - 2) założyć indywidualne konto pacjenta uzupełniając dane wymagane przez Portal pacjenta Operatora;
 - 3) zaakceptować regulaminy Operatora dostępne w Portalu pacjenta.
3. Aby skorzystać ze Świadczeń za pośrednictwem Infolinii (koszt połączeń zgodnie z taryfą operatora), podczas telefonicznego zgłoszenia należy podać następujące informacje:
 - 1) Twoje imię i nazwisko;
 - 2) Twój numer PESEL (w przypadku obcokrajowców seria i numer dokumentu tożsamości);
 - 3) imię, nazwisko i numer PESEL Współubezpieczonego (w przypadku obcokrajowców seria i numer dokumentu tożsamości) (w przypadku realizacji Świadczeń na rzecz Współubezpieczonych);
 - 4) adres miejsca zamieszkania/pobytu;
 - 5) serię i numer Polisy;
 - 6) wybrany zakres i wariant ochrony;
 - 7) datę początku ochrony;
 - 8) numer telefonu komórkowego oraz adres e-mail, pod którymi można się kontaktować z Tobą lub Współubezpieczonym;
 - 9) inne informacje konieczne do zorganizowania Świadczeń w ramach Telezdrowia.
4. Realizacja Świadczeń nastąpi w poniższych terminach liczonych od momentu zgłoszenia potrzeby ich uzyskania (z uwzględnieniem godzin pracy Placówek medycznych):
 - 1) E-konsultacje lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej:
 - a) do 2 godzin (w godzinach 8:00 – 22:00),
 - b) do 4 godzin (w godzinach 22:00 – 8:00).W godzinach 22:00 – 8:00 zgłoszenie chęci skorzystania z E-konsultacji możliwe jest wyłącznie za pośrednictwem Portalu pacjenta;
 - 2) E-konsultacje lekarzy specjalistów – do 3 Dni roboczych;
 - 3) Badania laboratoryjne oraz badania diagnostyczne – do 2 Dni roboczych;
 - 4) Konsultacje stacjonarne lekarzy dla specjalności: ginekolog, chirurg ogólny, dermatolog, kardiolog, ortopeda, urolog, neurolog, okulista – do 3 Dni roboczych; dla specjalności: endokrynolog, alergolog, gastrolog, laryngolog, onkolog – do 5 Dni roboczych.
5. Konsultacje stacjonarne lekarzy, badania laboratoryjne, badania diagnostyczne i zabiegi ambulatoryjne są realizowane w Placówkach medycznych wskazanych przez Operatora.
6. Na badania laboratoryjne i diagnostyczne należy posiadać skierowanie wystawione przez lekarza podczas E-konsultacji lub wizyty stacjonarnej.
7. Konsultacje lekarskie stacjonarne, badania laboratoryjne, badania diagnostyczne i zabiegi ambulatoryjne są realizowane po uprzednim kontakcie z Infolinią.
8. Świadczenia medyczne nie obejmują: konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

§ 8 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących drugiej opinii medycznej ubezpieczonego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 5, § 7 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7 ust. 8–9 i ust. 11 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące drugiej opinii medycznej ubezpieczonego

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących drugiej opinii medycznej ubezpieczonego stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Druga opinia medyczna** – pisemna opinia Lekarza konsultanta, wydawana na Twój wniosek, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej Twojego zdrowia, w zakresie poprawności ustalonej przez Lekarza prowadzącego diagnozy choroby, podjętego leczenia, jeżeli wyrazisz taką prośbę – rokowania co do możliwości wyleczenia oraz jeżeli lekarz konsultant stwierdzi, iż sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony – propozycję planu leczenia;
 - Lekarz konsultant** – lekarz medycyny, praktykujący poza terytorium Polski, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danej choroby, który sporządza Drugą opinię medyczną;
 - Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi Twoje leczenie w związku z chorobą;
 - Świadczenie** – w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie spełniane przez nas na Twoją rzecz;
 - Świadczeniodawca** – podmiot, z którym zawarliśmy umowę dotyczącą realizacji Świadczeń w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest zdiagnozowanie u Ciebie choroby, które nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu Drugiej opinii medycznej rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 Jaki jest zakres Świadczeń w ramach Drugiej opinii medycznej

- Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
 - wydanie opinii dotyczącej postawionej przez Lekarza prowadzącego diagnozy choroby i dotychczas prowadzonego leczenia;
 - udzielenie odpowiedzi na zadane przez Ciebie pytania w związku z opiniowaną chorobą i stanem Twojego zdrowia;
 - propozycję planu leczenia – jeżeli zdaniem Lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony;

- 4) rokowania co do możliwości wyleczenia – jeżeli wyrazisz taką prośbę we wniosku o wydanie Drugiej opinii medycznej.
2. Świadczeniodawca pokrywa koszt sporządzenia i wydania dokumentacji medycznej dotyczącej Twojego stanu zdrowia przez Lekarza prowadzącego.
3. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztu wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w Drugiej opinii medycznej.

§ 6 W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia

W tej Dodatkowej umowie ubezpieczenia nie stosujemy wyłączeń odpowiedzialności.

§ 7 Jakie są zasady realizacji Świadczenia

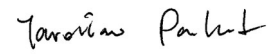
1. Zasady realizacji Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. W ramach Drugiej opinii medycznej, za pośrednictwem Świadczeniodawcy:
 - 1) poinformujemy Cię o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej i w razie potrzeby zobowiązujemy się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów;
 - 2) przetłumaczymy zebraną dokumentację na język angielski;
 - 3) prześlemy zebraną dokumentację do Lekarza konsultanta specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - 4) zapewnimy sporządzenie Drugiej opinii medycznej przez Lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski;
 - 5) dostarczymy Drugą opinię medyczną Tobie lub na Twój pisemny wniosek – Lekarzowi prowadzącemu.
3. W celu uzyskania Drugiej opinii medycznej, skontaktuj się telefonicznie ze Świadczeniodawcą pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).
4. Podczas telefonicznego zgłoszenia podaj następujące informacje:
 - 1) Twoje imię i nazwisko;
 - 2) Twój numer PESEL;
 - 3) adres zamieszkania;
 - 4) numer Polisy;
 - 5) numer telefonu oraz adres e-mail do kontaktu zwrotnego;
 - 6) krótki opis dotyczący zdiagnozowanej choroby.
5. Abyśmy mogli dostarczyć Ci Drugą opinię medyczną, zapewnij dostęp lub dostarcz do Świadczeniodawcy wszystkie wymagane dokumenty, w szczególności:
 - 1) dokumentację medyczną dotyczącą zdiagnozowanej choroby;
 - 2) badania diagnostyczne uznane przez Lekarza konsultanta jako niezbędne do sporządzenia Drugiej opinii medycznej (nie pokrywamy kosztu tych badań);
 - 3) dokumentację medyczną dotyczącą leczenia zdiagnozowanej choroby z ostatnich 12 miesięcy licząc od zgłoszenia wydania Drugiej opinii medycznej;
 - 4) formularze, o których wypełnienie zwrócił się do Ciebie Świadczeniodawca;
 - 5) pisemną zgodę na zasięgnięcie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały Ci świadczeń zdrowotnych w zakresie opiniowanej choroby;
 - 6) pisemną zgodę na przekazywanie Twoich danych medycznych do Lekarza konsultanta w celu uzyskania Drugiej opinii medycznej.
6. Świadczeniodawca przekaze Ci informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej odpowiadającej chorobie zdiagnozowanej u Ciebie. Lekarz konsultant z wybranej przez Ciebie placówki medycznej wyda Drugą opinię medyczną.
7. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i wysłana do Ciebie w sposób z Tobą uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej).
8. Zarówno my jak i Świadczeniodawca nie jesteśmy zobowiązani do dostarczenia Drugiej opinii medycznej, w przypadku, gdy Lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących Twojej choroby. W przypadku, gdy Świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej Twojej choroby od Lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały Ci świadczeń zdrowotnych, będziesz zobowiązana/y do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.
9. Masz prawo do jednego Świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej w stosunku do zdiagnozowania tej samej choroby. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia związanego z chorobą, dla której wydana została Druga opinia medyczna, które zostanie potwierdzone nowymi wynikami badań diagnostycznych, przysługuje Ci kolejna Druga opinia medyczna, jeżeli o nią zawnioskujesz.
10. Informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez Lekarza prowadzącego, a zakres wykorzystania Drugiej opinii medycznej uzgodnij z Lekarzem prowadzącym.
11. Zarówno my, jak i Świadczeniodawca nie odpowiadamy za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań podjętych w oparciu o informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej oraz za skuteczność i skutki wdrożenia proponowanych przez Lekarzy konsultantów planów leczenia.

§ 8 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących drugiej opinii medycznej onkologicznej ubezpieczonego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 5, § 7 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7 ust. 8–9 i ust. 11 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące drugiej opinii medycznej onkologicznej ubezpieczonego

*Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• pakietu dodatkowego „Onkologicznego”.*

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących drugiej opinii medycznej onkologicznej ubezpieczonego stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Druga opinia medyczna onkologiczna** – pisemna opinia Lekarza konsultanta, wydawana na Twój wniosek, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej Twojego zdrowia, w zakresie poprawności ustalonej przez Lekarza prowadzącego diagnozy nowotworu, podjętego leczenia, jeżeli wyrazisz taką prośbę – rokowania co do możliwości wyleczenia oraz jeżeli lekarz konsultant stwierdzi, iż sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony – propozycję planu leczenia;
 - Lekarz konsultant** – lekarz medycyny, praktykujący poza terytorium Polski, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki nowotworu, który sporządza Drugą opinię medyczną;
 - Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi Twoje leczenie w związku z nowotworem;
 - Świadczenie** – w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie spełniane przez nas na Twoją rzecz;
 - Świadczeniodawca** – podmiot, z którym zawarliśmy umowę dotyczącą realizacji Świadczeń w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest zdiagnozowanie u Ciebie nowotworu, które nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu Drugiej opinii medycznej onkologicznej rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 Jaki jest zakres Świadczeń w ramach Drugiej opinii medycznej onkologicznej

- Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
 - wydanie opinii dotyczącej postawionej przez Lekarza prowadzącego diagnozy nowotworu i dotychczas prowadzonego leczenia;

- 2) udzielenie odpowiedzi na zadane przez Ciebie pytania w związku z opiniowanym nowotworem i stanem Twojego zdrowia;
 - 3) propozycję planu leczenia – jeżeli zdaniem Lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony;
 - 4) rokowania co do możliwości wyleczenia – jeżeli wyrazisz taką prośbę we wniosku o wydanie Drugiej opinii medycznej.
2. Świadczeniodawca pokrywa koszt sporządzenia i wydania dokumentacji medycznej dotyczącej Twojego stanu zdrowia przez Lekarza prowadzącego.
3. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztu wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w Drugiej opinii medycznej onkologicznej.

§ 6 W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia

W tej Dodatkowej umowie ubezpieczenia nie stosujemy wyłączeń odpowiedzialności.

§ 7 Jakie są zasady realizacji Świadczenia

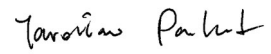
1. Zasady realizacji Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. W ramach Drugiej opinii medycznej onkologicznej, za pośrednictwem Świadczeniodawcy:
 - 1) poinformujemy Cię o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej onkologicznej i w razie potrzeby zobowiązujemy się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów;
 - 2) przetłumaczymy zebraną dokumentację na język angielski;
 - 3) prześlemy zebraną dokumentację do Lekarza konsultanta specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - 4) zapewnimy sporządzenie Drugiej opinii medycznej onkologicznej przez Lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski;
 - 5) dostarczymy Drugą opinię medyczną onkologiczną Tobie lub na Twój pisemny wniosek – Lekarzowi prowadzącemu.
3. W celu uzyskania Drugiej opinii medycznej onkologicznej, skontaktuj się telefonicznie ze Świadczeniodawcą pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).
4. Podczas telefonicznego zgłoszenia podaj następujące informacje:
 - 1) Twoje imię i nazwisko;
 - 2) Twój numer PESEL;
 - 3) adres zamieszkania;
 - 4) numer Polisy;
 - 5) numer telefonu oraz adres e-mail do kontaktu zwrotnego;
 - 6) krótki opis dotyczący zdiagnozowanego nowotworu.
5. Abyśmy mogli dostarczyć Ci Drugą opinię medyczną onkologiczną, zapewnij dostęp lub dostarcz do Świadczeniodawcy wszystkie wymagane dokumenty, w szczególności:
 - 1) dokumentację medyczną dotyczącą zdiagnozowania nowotworu;
 - 2) badania diagnostyczne uznane przez Lekarza konsultanta jako niezbędne do sporządzenia Drugiej opinii medycznej onkologicznej (nie pokrywamy kosztu tych badań);
 - 3) dokumentację medyczną dotyczącą leczenia zdiagnozowanego nowotworu z ostatnich 12 miesięcy licząc od zgłoszenia wydania Drugiej opinii medycznej onkologicznej;
 - 4) formularze, o których wypełnienie zwrócił się do Ciebie Świadczeniodawca;
 - 5) pisemną zgodę na zasięganie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały Ci świadczeń zdrowotnych w zakresie opiniowanego nowotworu;
 - 6) pisemną zgodę na przekazywanie Twoich danych medycznych do Lekarza konsultanta w celu uzyskania Drugiej opinii medycznej onkologicznej.
6. Świadczeniodawca przekaze Ci informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej. Lekarz konsultant z wybranej przez Ciebie placówki medycznej wyda Drugą opinię medyczną onkologiczną.
7. Druga opinia medyczna onkologiczna zostanie sporządzona i wysłana do Ciebie w sposób z Tobą uzgodniony (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej).
8. Zarówno my, jak i Świadczeniodawca nie jesteśmy zobowiązani do dostarczenia Drugiej opinii medycznej onkologicznej, w przypadku, gdy Lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących nowotworu. W przypadku, gdy Świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej Twojego nowotworu od Lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały Ci świadczeń zdrowotnych, będziesz zobowiązana/y do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.
9. Masz prawo do jednego Świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej onkologicznej w stosunku do tego samego nowotworu. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia związanego z nowotworem, dla którego wydana została Druga opinia medyczna onkologiczna, które zostanie potwierdzone nowymi wynikami badań diagnostycznych, przysługuje Ci kolejna Druga opinia medyczna onkologiczna, jeżeli o nią zawnioskujesz.
10. Informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej onkologicznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez Lekarza prowadzącego, a zakres wykorzystania Drugiej opinii medycznej onkologicznej uzgodnij z Lekarzem prowadzącym.
11. Zarówno my, jak i Świadczeniodawca nie odpowiadamy za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań podjętych w oparciu o informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej onkologicznej oraz za skuteczność i skutki wdrożenia proponowanych przez Lekarzy konsultantów planów leczenia.

§ 8 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących wsparcia w zdrowiu psychicznym ubezpieczonego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 5, § 7 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7 ust. 5–6 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące wsparcia w zdrowiu psychicznym ubezpieczonego

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• Pakietu dodatkowego „Zdrowie Psychiczne”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących wsparcia w zdrowiu psychicznym ubezpieczonego stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - E-konsultacje** – Świadczenia medyczne realizowane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności na odległość przez Operatora;
 - Infolinia** – dedykowany numer, pod którym możesz umówić Świadczenie medyczne;
 - Lekarz** – osoba posiadająca odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami polskiego prawa;
 - Operator** – podmiot koordynujący w naszym imieniu realizację Świadczeń medycznych;
 - Placówka medyczna** – podmiot leczniczy, uprawniony do udzielania Świadczeń medycznych, działający na terytorium i zgodnie z prawem obowiązującym w Polsce;
 - Portal pacjenta** – serwis internetowy udostępniany przez Operatora, którego funkcjonalność pozwala na samodzielne rezerwowanie wizyt, ich odwoływanie, odbycie E-konsultacji, dostęp do wyników badań i zrealizowanych usług, a także transfer danych pomiędzy Tobą a lekarzem przy użyciu środków komunikacji elektronicznej;
 - Świadczenie medyczne** – w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie spełniane przez nas na Twoją rzecz;
 - Uprawniony** – Ubezpieczony;
 - Zaburzenie psychiczne lub zaburzenie zachowania** – zaburzenie wymienione w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (kody: F00–F09 oraz F20–F99) lub ICD 11 (kody: 6A00–6C2Z, 6C50–6C51 oraz 6C70–6E8Z).

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe mające miejsce w okresie trwania naszej odpowiedzialności którym jest:

- rozpoznanie u Ciebie Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania, potwierdzone dokumentacją medyczną lub
- podejrzenie wystąpienia u Ciebie Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania, potwierdzonego skierowaniem od Lekarza lub
- Twoja sytuacja zdrowotna powodująca potrzebę skorzystania ze Świadczeń medycznych w zakresie określonym w Tabeli nr 1.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność w zakresie określonym w Polisie rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 Jaki jest zakres Świadczeń medycznych

1. Zakres Świadczeń medycznych wskazany jest w Tabeli nr 1.
2. Świadczenia medyczne realizowane są wyłącznie na terytorium Polski.
Tabela nr 1

Zakres Świadczeń medycznych	Limit świadczeń w Roku polisowym	Zdarzenie ubezpieczeniowe
1. E-konsultacje psychologa lub psychoterapeuty	3 wizyty	Sytuacja zdrowotna powodująca potrzebę skorzystania ze Świadczenia medycznego
2. Konsultacje z psychiatrą (stacjonarne lub w formie E-konsultacji)	2 wizyty	Podejrzenie wystąpienia Zaburzenia psychicznego lub zaburzeń zachowania
3. Psychoterapia indywidualna (stacjonarna lub w formie E-Konsultacji)	5 wizyt	Rozpoznanie Zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania
4. Wsparcie psychologa w postaci E-konsultacji w powrocie do pracy po absencji minimum 30 dni	1 wizyta	Sytuacja zdrowotna powodująca potrzebę skorzystania ze Świadczenia medycznego

§ 6 W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia medycznego

1. Nie zrealizujemy Świadczenia medycznego z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:
 - 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, Twoim czynnym udziałem w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 2) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej, bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 3) zażywaniem przez Ciebie: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką. Wyłączenie to dotyczy zaburzenia psychicznego lub zaburzenia zachowania wymienionego w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD 10 (kody F10–F19) lub ICD 11 (kody 6C40–6C4Z oraz 6C5Y–6C5Z).
2. Świadczenia medyczne nie obejmują sytuacji zagrażających życiu, wymagających działań w trybie nagłym, wchodzących w zakres medycznej pomocy doraźnej realizowanej przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego.

§ 7 Jakie są zasady realizacji Świadczenia medycznego

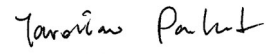
1. W celu skorzystania ze Świadczeń medycznych, należy po zaistnieniu Zdarzenia ubezpieczeniowego skontaktować się z Operatorem za pośrednictwem Infolinii lub Portalu Pacjenta.
2. Aby skorzystać z E-konsultacji za pośrednictwem Portalu pacjenta, należy:
 - 1) posiadać urządzenie z dostępem do Internetu, umożliwiające komunikację w formie, w jakiej prowadzona będzie E-konsultacja (koszt usług internetowych zgodnie z taryfą dostawcy usług);
 - 2) założyć indywidualne konto pacjenta, uzupełniając dane wymagane przez Portal pacjenta Operatora;
 - 3) zaakceptować regulaminy Operatora dostępne w Portalu pacjenta.
3. Aby umówić konsultację stacjonarną lub E-konsultację za pośrednictwem Infolinii (koszt połączeń zgodnie z taryfą operatora), podczas telefonicznego zgłoszenia należy podać następujące informacje:
 - 1) Twoje imię i nazwisko;
 - 2) Twój numer PESEL (w przypadku obcokrajowców seria i numer dokumentu tożsamości);
 - 3) adres miejsca zamieszkania/pobytu;
 - 4) serię i numer Polisy;
 - 5) datę początku ochrony;
 - 6) numer telefonu komórkowego oraz adres e-mail, pod którymi można się z Tobą kontaktować;
 - 7) inne informacje konieczne do zorganizowania Świadczeń.
4. Realizacja Świadczeń nastąpi w poniższych terminach, liczonych od momentu zgłoszenia potrzeby ich uzyskania (uwzględniając godziny pracy Placówek medycznych):
 - 1) E-konsultacje psychologa lub psychoterapeuty – do 2 Dni roboczych;
 - 2) E-konsultacje z Lekarzem psychiatrą – do 5 Dni roboczych;
 - 3) Konsultacje stacjonarne z Lekarzem psychiatrą – do 5 Dni roboczych;
 - 4) Psychoterapia indywidualna (konsultacja stacjonarna lub w formie E-Konsultacji) – do 5 Dni roboczych.
5. Konsultacje stacjonarne lekarzy są realizowane w Placówkach medycznych wskazanych przez Operatora, po uprzednim kontakcie z Infolinią.
6. Świadczenia medyczne nie obejmują konsultacji lekarzy ze stopniem doktora habilitowanego lub tytułem naukowym profesora, jak również lekarzy będących na stanowisku: docenta, profesora nadzwyczajnego i profesora zwyczajnego.

§ 8 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci małżonka albo partnera

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci małżonka albo partnera

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci małżonka albo partnera stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest śmierć Małżonka albo Partnera, która nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
- W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do śmierci Małżonka albo Partnera będącej następstwem Wypadku.
- Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową śmierć małżonka albo partnera albo
 - poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,
 w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci małżonka albo partnera.
- Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 6 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.

5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera, rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji liczonym od daty zgłoszenia lub zmiany Partnera. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie, jeżeli śmierć Partnera została spowodowana Wypadkiem.
6. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:
 - 1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo Partnera w ciągu 2 lat od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową.
2. Do okresu 2 lat w odniesieniu do popełnienia samobójstwa zaliczymy okres obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem doręczenia nam na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia dokumentów potwierdzających okres trwania i zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci małżonka albo partnera;
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia.
3. W przypadku zaliczenia okresu obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową, wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 2 lat liczony od daty podwyższenia, w odniesieniu do popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

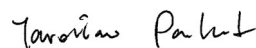
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Twój Małżonek albo Partner umrze, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci Małżonka albo Partnera, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Małżonka albo Partnera;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka albo Partnera;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

- Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest śmierć Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - Wypadek nastąpi w okresie trwania:
 - naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo
 - Poprzedniej umowy ubezpieczenia, jeżeli zawierała w swoim zakresie śmierć małżonka albo partnera w wyniku wypadku albo
 - poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia;
 - śmierć Małżonka albo Partnera nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a śmiercią Małżonka albo Partnera.
- Jeżeli Wypadek, który będzie przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera nastąpi w okresie obejmowania Cię ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, warunkiem wypłaty Świadczenia jest doręczenie nam, na etapie jego rozpatrywania, dokumentów potwierdzających okres trwania i zakres ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo Partnera;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera 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) rozpoznaniem u Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) udziałem Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotnictwo, motoparalotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli Małżonek albo Partner nie był pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) działaniem Małżonka albo Partnera 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

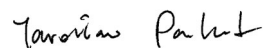
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Twój Małżonek albo Partner umrze w wyniku Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci Małżonka albo Partnera.
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Małżonka albo Partnera;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka albo Partnera;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny w rozumieniu ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze, z późn. zm., należące do przewoźnika lotniczego działającego zgodnie z przepisami tej ustawy, posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 2) **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 ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o żegludze śródlądowej, z późn. zm. oraz ustawy z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski, z późn. zm., posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją Statku wodnego;
 - 3) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, któremu Małżonek albo Partner uległ jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu, członek załogi lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.
 Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest śmierć Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku komunikacyjnego, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Wypadek komunikacyjny nastąpi w okresie trwania:
 - a) naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo
 - b) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, jeżeli zawierała w swoim zakresie śmierć małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego albo

- c) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Małżonka albo Partnera nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 3) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Małżonka albo Partnera.
2. Jeżeli Wypadek komunikacyjny, który będzie przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera nastąpi w okresie obejmowania Cię ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, warunkiem wypłaty Świadczenia jest doręczenie nam, na etapie jego rozpatrywania, dokumentów potwierdzających okres trwania i zakres ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo Partnera;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera 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) rozpoznaniem u Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) udziałem Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) działaniem Małżonka albo Partnera 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

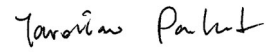
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Twój Małżonek albo Partner umrze w wyniku Wypadku komunikacyjnego, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci Małżonka albo Partnera.
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Małżonka albo Partnera;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka albo Partnera;
 - 5) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

Użyte przez nas zwroty posiadają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

- Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest śmierć Małżonka albo Partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - zawał serca lub udar mózgu zostanie zdiagnozowany w okresie trwania:
 - naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo
 - Poprzedniej umowy ubezpieczenia, jeżeli zawierała w swoim zakresie śmierć małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu albo
 - dotychczasowego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia;
 - śmierć Małżonka albo Partnera nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - zawał serca lub udar mózgu zostanie wskazany w karcie zgonu, w protokole badania sekcijnego lub innej dokumentacji medycznej, jako przyczyna śmierci Małżonka albo Partnera.
- Jeżeli zawał serca lub udar mózgu, który będzie przyczyną śmierci Małżonka albo Partnera zostanie zdiagnozowany w okresie obejmowania Cię ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, warunkiem wypłaty Świadczenia jest doręczenie nam, na etapie jego rozpatrywania, dokumentów potwierdzających okres trwania i zakres ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
- W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.

3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową śmierć małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 6 miesięcy Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera, rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji liczony od daty zgłoszenia lub zmiany Partnera. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
6. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo Partnera;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera 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) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Twój Małżonek albo Partner umrze w wyniku zawału serca lub udaru mózgu, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci Małżonka albo Partnera, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Małżonka albo Partnera;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka albo Partnera;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdził uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci małżonka albo partnera w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci małżonka albo partnera w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci małżonka albo partnera w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Rozpoczęty proces diagnostyczny** – wskazanie przez lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia postępowania medycznego, na które składają się: dalszy wywiad chorobowy lub testy przesiewowe lub fizykalne badanie pacjenta lub badania dodatkowe, którego wynikiem jest diagnoza nowotworu złośliwego.
Za datę Rozpoczęcia procesu diagnostycznego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której Małżonek albo Partner otrzyma wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest śmierć Małżonka albo Partnera w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- postawienie diagnozy nowotworu złośliwego nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- śmierć Małżonka albo Partnera nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- nowotwór złośliwy zostanie wskazany w karcie zgonu, w protokole badania sekcyjnego lub innej dokumentacji medycznej, jako przyczyna śmierci Małżonka albo Partnera.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
- W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
- Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową śmierć małżonka albo partnera w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy albo

- 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,
- w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci małżonka albo partnera w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 6 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera, rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, liczoną od daty zgłoszenia lub zmiany Partnera. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
6. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:
- 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 2) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową;
 - 3) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Małżonka albo Partnera w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy jest wyłączona, jeżeli u Małżonka albo Partnera Rozpoczęto proces diagnostyczny w kierunku nowotworu złośliwego lub który zdiagnozowano lub leczono w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli Rozpoczęto u Małżonka albo Partnera proces diagnostyczny w kierunku nowotworu złośliwego lub był on zdiagnozowany lub leczony w ciągu 3 lat przed objęciem Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a Ty byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
- 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową śmierć małżonka albo partnera w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,
- wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci małżonka albo partnera w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, a Rozpoczęto u Małżonka albo Partnera proces diagnostyczny w kierunku nowotworu złośliwego lub był on zdiagnozowany lub leczony w ciągu 3 lat przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia zmiany Wariantu ubezpieczenia, wariantu Pakietu dodatkowego lub od podwyższenia Sumy ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

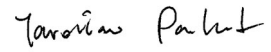
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Twój Małżonek albo Partner umrze w wyniku zachorowania na nowotwór złośliwy, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci Małżonka albo Partnera, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Małżonka albo Partnera;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci Małżonka albo Partnera;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących powstania u małżonka albo partnera trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU, Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 4–7 OWDU, Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące powstania u małżonka albo partnera trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących powstania u małżonka albo partnera trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Małżonka albo Partnera na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku** – tabela stanowiąca załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu polegające na jego trwałej dysfunkcji, fizycznej utracie lub całkowitej i trwałej utracie nad nim władzy, będące następstwem Wypadku Małżonka albo Partnera;
 - Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Małżonka albo Partnera Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- Wypadek nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a powstaniem u Małżonka albo Partnera Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- Trwały uszczerbek na zdrowiu znajduje się w Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Małżonka albo Partnera Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo Partnera;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera 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) rozpoznaniem u Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) udziałem Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotnictwo, motoparalotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli Małżonek albo Partner nie był pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) działaniem Małżonka albo Partnera 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

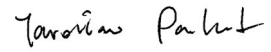
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Małżonka albo Partnera Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wystąpienia Wypadku za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Rodzaj i stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalimy w oparciu o Tabelę Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku, po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia Wypadku.
4. Zmiana rodzaju lub stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu po 36 miesiącach od dnia Wypadku nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia.
5. Jeżeli po wypłacie Świadczenia okaże się, że Trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający z tego samego Wypadku powinien zostać zakwalifikowany do innego punktu Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku za który należna jest wypłata w wyższej wysokości, wypłacimy dodatkową kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy Świadczeniem należnym za ten Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyższej wysokości, a kwotą Świadczenia które już wypłaciliśmy.
6. Świadczenie przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu za jeden Wypadek.
7. W razie uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były upośledzone przed Wypadkiem, ustalony u Małżonka albo Partnera stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejszy o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed Wypadkiem.
8. Mamy prawo skierować Małżonka albo Partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
9. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu u Małżonka albo Partnera;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących powstania u małżonka albo partnera trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU, Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 4–7 OWDU, Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące powstania u małżonka albo partnera trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących powstania u małżonka albo partnera trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Małżonka albo Partnera na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny w rozumieniu ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze, z późn. zm., należące do przewoźnika lotniczego działającego zgodnie z przepisami tej ustawy, posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 3) **Statek wodny** – urządzenie pływające o napędzie mechanicznym lub bez napędu mechanicznego (w tym prom, wodorolot, poduszkowiec), przeznaczone lub używane w żegludze śródlądowej lub morskiej w rozumieniu ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o żegludze śródlądowej, z późn. zm. oraz ustawy z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski, z późn. zm., posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją Statku wodnego;
 - 4) **Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku** – tabela stanowiąca załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 5) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu polegające na jego trwałej dysfunkcji, fizycznej utracie lub całkowitej i trwałej utracie nad nim władzy, będące następstwem Wypadku komunikacyjnego Małżonka albo Partnera;
 - 6) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, któremu Małżonek albo Partner uległ jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu, członek załogi lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.
 Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Małżonka albo Partnera Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- 1) Wypadek komunikacyjny nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 2) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a powstaniem u Małżonka albo Partnera Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 3) Trwały uszczerbek na zdrowiu znajduje się w Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Małżonka albo Partnera Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo Partnera;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera 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) rozpoznaniem u Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) udziałem Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotnictwo, motoparalotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) działaniem Małżonka albo Partnera 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 8) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Małżonka albo Partnera Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku komunikacyjnego, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wystąpienia Wypadku komunikacyjnego za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Rodzaj i stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalimy w oparciu o Tabelę Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku, po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia Wypadku komunikacyjnego.
4. Zmiana rodzaju lub stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu po 36 miesiącach od dnia Wypadku komunikacyjnego nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia.
5. Jeżeli po wypłacie Świadczenia okaże się, że Trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający z tego samego Wypadku komunikacyjnego powinien zostać zakwalifikowany do innego punktu Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku za który należna jest wypłata w wyższej wysokości, wypłacimy dodatkową kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy Świadczeniem należnym za ten Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyższej wysokości, a kwotą Świadczenia które już wypłaciliśmy.
6. Świadczenie przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu za jeden Wypadek komunikacyjny.
7. W razie uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były upośledzone przed Wypadkiem komunikacyjnym, ustalony u Małżonka albo Partnera stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejszy o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed Wypadkiem komunikacyjnym.

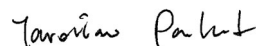
8. Mamy prawo skierować Małżonka albo Partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
9. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 4) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego Małżonka albo Partnera ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera w wyniku wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–4, 6–9 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera w wyniku wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących trwałego inwalidztwa małżonka albo partnera w wyniku wypadku stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Małżonka albo Partnera na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Trwałe inwalidztwo** – powstałe w wyniku Wypadku uszkodzenie ciała polegające na fizycznej utracie narządu lub całkowitej i trwałej utracie władzy nad narządem;
 - Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Małżonka albo Partnera Trwałego inwalidztwa w wyniku Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- Wypadek nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a powstaniem u Małżonka albo Partnera Trwałego inwalidztwa;
- Trwałe inwalidztwo znajduje się w tabeli zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach Trwałego inwalidztwa, znajdującej się w § 6 ust. 10.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Małżonka albo Partnera Trwałego inwalidztwa w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo Partnera;

- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera 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) rozpoznaniem u Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) udziałem Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli Małżonek albo Partner nie był pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) działaniem Małżonka albo Partnera 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Małżonka albo Partnera Trwałe inwalidztwo w wyniku Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wystąpienia Wypadku.
3. Rodzaj Trwałego inwalidztwa i wysokość Świadczenia ustalimy w oparciu o tabelę zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach Trwałego inwalidztwa znajdującą się w § 6 ust. 10, po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od daty Wypadku.
4. Zmiana rodzaju Trwałego inwalidztwa po 36 miesiącach od daty Wypadku nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia.
5. W razie uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były upośledzone przed Wypadkiem, ustalony u Małżonka albo Partnera stopień Trwałego inwalidztwa pomniejszy o stopień inwalidztwa istniejący bezpośrednio przed Wypadkiem.
6. Mamy prawo skierować Małżonka albo Partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
7. Świadczenie przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego inwalidztwa.
8. Jeżeli wypłacimy Ci Świadczenie z tytułu Trwałego inwalidztwa Małżonka albo Partnera w łącznej wysokości 100% Sumy ubezpieczenia, nasza odpowiedzialność z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia wygasa.
9. Suma procentów Trwałego inwalidztwa w wyniku Wypadku przyznanych za uszkodzenie danej części ciała, nie może być wyższa niż procent przewidziany w tabeli zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach Trwałego inwalidztwa za jej całkowitą utratę.
10. Tabela zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach Trwałego inwalidztwa Małżonka albo Partnera:

TABELA ZDARZEŃ OBJĘTYCH OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ W RAMACH TRWAŁEGO INWALIDZTWA MAŁŻONKA ALBO PARTNERA		
Rodzaj Trwałego inwalidztwa		Procent Sumy ubezpieczenia
1.	utrata obu przedramion	100
2.	utrata obu ramion	100
3.	utrata obu ud	100
4.	utrata obu podudzi	100
5.	utrata jednego ramienia i jednego uda	100
6.	utrata jednego ramienia i jednego podudzia	100
7.	utrata jednego przedramienia i jednego uda	100
8.	utrata jednego przedramienia i jednego podudzia	100
9.	utrata jednej dłoni i jednej stopy	100
10.	utrata wzroku w obu oczach	100
11.	utrata słuchu całkowita	100
12.	utrata mowy całkowita	100

**TABELA ZDARZEŃ OBJĘTYCH OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ
W RAMACH TRWAŁEGO INWALIDZTWA MAŁŻONKA ALBO PARTNERA**

Rodzaj Trwałego inwalidztwa	Procent Sumy ubezpieczenia	
	Prawa	Lewa
KOŃCZYNY GÓRNE		
13. utrata jednego ramienia	70	65
14. utrata jednego przedramienia	60	50
15. utrata jednej dłoni lub utrata części śródreżcza	55	50
16. utrata wszystkich palców u ręki	50	45
17. utrata kciuka i palca wskazującego	35	25
18. utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
19. utrata kciuka	20	15
20. utrata palca wskazującego	15	10
21. utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	5	5
Ważne: W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe dotyczące kończyny górnej ulegają odwróceniu.		
KOŃCZYNY DOLNE		
22. utrata jednej nogi powyżej kolana	60	
23. utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana	50	
24. utrata całej stopy lub części śródstopia	40	
25. utrata wszystkich palców u stopy	30	
26. utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20	
27. utrata palucha	5	
28. utrata palca innego niż paluch	2	
GŁOWA		
29. utrata szczęki dolnej	50	
30. utrata wzroku w jednym oku	40	
31. utrata słuchu w jednym uchu	30	
32. utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa)	30	
KRĘGOSŁUP		
33. paraliż całkowity nieodwracalny	100	
34. paraliż obu kończyn dolnych	100	
35. paraliż obu kończyn górnych	100	

Ważne: Użyte w powyższej tabeli terminy oznaczają:

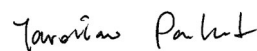
- 1) ramię – rękę od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego;
 - 2) przedramię – rękę od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego;
 - 3) dłoń – palce i śródreżcze;
 - 4) udo – nogę od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego;
 - 5) podudzie – nogę od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego;
 - 6) utrata – fizyczną utratę organu lub trwałą utratę jego czynności.
11. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Trwałego inwalidztwa u Małżonka albo Partnera;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących poważnego zachorowania małżonka albo partnera

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 6 OWDU, Katalog poważnych zachorowań
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 4, § 5, § 6 ust. 3–5 OWDU, Katalog poważnych zachorowań

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące poważnego zachorowania małżonka albo partnera

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących poważnego zachorowania małżonka albo partnera stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Katalog poważnych zachorowań** – wykaz Poważnych zachorowań wraz z ich definicjami, stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Katalog poważnych zachorowań występuje w 3 zakresach:
 - Katalog poważnych zachorowań – podstawowy,
 - Katalog poważnych zachorowań – rozszerzony,
 - Katalog poważnych zachorowań – infekcyjny;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Małżonka albo Partnera na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - Poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w Katalogu poważnych zachorowań;
 - Rozpoczęty proces diagnostyczny** – wskazanie przez lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia postępowania medycznego, na które składają się: dalszy wywiad chorobowy lub testy przesiewowe lub fizykalne badanie pacjenta lub badania dodatkowe, którego wynikiem jest Wystąpienie poważnego zachorowania.
Za datę Rozpoczęcia procesu diagnostycznego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której Małżonek albo Partner otrzyma wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej;
 - Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym, które było przyczyną Wystąpienia poważnego zachorowania i zaistniało w okresie naszej odpowiedzialności;
 - Wystąpienie poważnego zachorowania** – zaistnienie w okresie naszej odpowiedzialności jednej z poniższych okoliczności: postawienie diagnozy, wynik badania histopatologicznego stwierdzający obecność nowotworu złośliwego, przeprowadzenie operacji, rozpoczęcie specjalistycznego leczenia, kwalifikacja do przeszczepu albo jego wykonanie, wystąpienie Wypadku, wskazanych w Katalogu poważnych zachorowań.

§ 3 Co obejmuje ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Wystąpienie poważnego zachorowania u Małżonka albo Partnera w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wskazane w Katalogu poważnych zachorowań – podstawowym.
2. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 1) Katalog poważnych zachorowań – rozszerzony;
 - 2) Katalog poważnych zachorowań – infekcyjny.
3. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu Wystąpienia u Małżonka albo Partnera poważnego zachorowania rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Poważnych zachorowań spowodowanych Wypadkiem.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową poważne zachorowanie małżonka albo partnera albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie poważnego zachorowania małżonka albo partnera.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera, rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji, liczonym od daty zgłoszenia lub zmiany Partnera. W okresie Karencji nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Poważnych zachorowań spowodowanych Wypadkiem.
6. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo Partnera;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera 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) działaniem Małżonka albo Partnera 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 5) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu Poważnego zachorowania Małżonka albo Partnera jest wyłączona, jeżeli u Małżonka albo Partnera Rozpoczęto proces diagnostyczny w kierunku Poważnego zachorowania lub które zostało zdiagnozowane lub leczone w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli u Małżonka albo Partnera Rozpoczęto proces diagnostyczny w kierunku Poważnego zachorowania lub leczono Poważne zachorowanie, w ciągu 3 lat przed objęciem Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową poważne zachorowanie małżonka albo partnera albo

- 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,
- wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie poważnego zachorowania małżonka albo partnera.
4. Jeżeli podwyżysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, a Rozpoczęto u Małżonka albo Partnera proces diagnostyczny w kierunku Poważnego zachorowania lub Poważne zachorowanie leczono w ciągu 3 lat przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli Wystąpienie u Małżonka albo Partnera poważnego zachorowania nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia zmiany Wariantu ubezpieczenia, wariantu Pakietu dodatkowego lub od podwyższenia Sumy ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

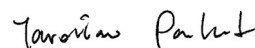
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Wystąpi u Małżonka albo Partnera poważne zachorowanie, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Wystąpienia poważnego zachorowania, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Jeżeli wystąpi u Małżonka albo Partnera w okresie naszej odpowiedzialności ten sam rodzaj Poważnego zachorowania, wypłacimy Ci Świadczenie tylko za pierwsze z nich.
4. Jeżeli wystąpi u Małżonka albo Partnera w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwa różne Poważne zachorowania, nie ponosimy odpowiedzialności za te Poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co Poważne zachorowanie, za które wypłaciliśmy Świadczenie.
5. Jeżeli wystąpią u Małżonka albo Partnera w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwa Nowotwory złośliwe o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji wypłacimy Świadczenie tylko za pierwszy z nich.
6. Mamy prawo skierować Małżonka albo Partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy 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 u Małżonka albo Partnera;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących leczenia specjalistycznego małżonka albo partnera

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU, Katalog metod Leczenia specjalistycznego
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–6 OWDU, Katalog metod Leczenia specjalistycznego

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące leczenia specjalistycznego małżonka albo partnera

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących leczenia specjalistycznego małżonka albo partnera stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu niezależne od woli Małżonka albo Partnera, uzasadniające przeprowadzenie u Małżonka albo Partnera Leczenia specjalistycznego;
 - 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 tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Małżonka albo Partnera na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Leczenie specjalistyczne** – jedna z metod leczenia przeprowadzona u Małżonka albo Partnera, wymieniona i zdefiniowana w Katalogu metod Leczenia specjalistycznego;
 - Rozpoczęty proces diagnostyczny** – wskazanie przez lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia postępowania medycznego, na które składają się: dalszy wywiad chorobowy lub testy przesiewowe lub fizykalne badanie pacjenta lub badania dodatkowe, którego wynikiem jest diagnoza Choroby.
Za datę Rozpoczęcia procesu diagnostycznego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której Małżonek albo Partner otrzyma wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest przeprowadzenie u Małżonka albo Partnera Leczenia specjalistycznego, w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, które znajduje się w Katalogu metod Leczenia specjalistycznego.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera Leczenia specjalistycznego rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
- W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.

3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową leczenie specjalistyczne małżonka albo partnera albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie leczenia specjalistycznego małżonka albo partnera.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera, rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji, liczonym od daty zgłoszenia lub zmiany Partnera. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
6. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo Partnera;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera 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) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera Leczenia specjalistycznego jest wyłączona w przypadku Leczenia specjalistycznego, którego przyczyną była Choroba, w stosunku do której Rozpoczęto u Małżonka albo Partnera proces diagnostyczny lub którą zdiagnozowano lub leczono w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli u Małżonka albo Partnera Rozpoczęto proces diagnostyczny w kierunku Choroby, która była przyczyną przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera Leczenia specjalistycznego lub którą zdiagnozowano lub leczono w ciągu 3 lat przed objęciem Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a Ty byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową leczenie specjalistyczne małżonka albo partnera albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie leczenia specjalistycznego małżonka albo partnera.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, a Rozpoczęto u Małżonka albo Partnera proces diagnostyczny w kierunku Choroby, która była przyczyną przeprowadzenia Leczenia specjalistycznego lub którą zdiagnozowano lub leczono w ciągu 3 lat przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia zmiany Wariantu ubezpieczenia, wariantu Pakietu dodatkowego lub od podwyższenia Sumy ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zostanie u Małżonka albo Partnera przeprowadzone Leczenie specjalistyczne, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Leczenia specjalistycznego, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.

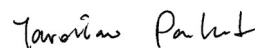
3. Wyplacimy tylko jedno Świadczenie z tytułu tej samej przeprowadzonej u Małżonka albo Partnera metody Leczenia specjalistycznego.
4. Wyplacimy Świadczenie wyłącznie za metody Leczenia specjalistycznego, które nie są powiązane przyczynowo z wcześniej przeprowadzonymi u Małżonka albo Partnera metodami Leczenia specjalistycznego, za które wyplaciliśmy Świadczenie, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego czynnika patogenne.
5. W przypadku przeprowadzenia w okresie naszej odpowiedzialności radioterapii i chemioterapii wyplacimy Ci Świadczenie wyłącznie za jedną ze wskazanych metod – tę, która została przeprowadzona jako pierwsza.
6. W przypadku przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera w okresie naszej odpowiedzialności ablacji wyplacimy wyłącznie jedno Świadczenie za metodę, która została przeprowadzona jako pierwsza, niezależnie od tego, jaką metodę przeprowadzono, tj. użycie prądu o częstotliwości radiowej, krioablacja punktowa lub krioablacja balonowa.
7. Mamy prawo skierować Małżonka albo Partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
8. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmujemy 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 u Małżonka albo Partnera;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących zachorowania małżonka albo partnera na nowotwór złośliwy

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–4 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące zachorowania małżonka albo partnera na nowotwór złośliwy

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących zachorowania małżonka albo partnera na nowotwór złośliwy 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
 2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Małżonka albo Partnera na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 3) **Nowotwór złośliwy** – nowotwór inwazyjny, charakteryzujący się niekontrolowanym wzrostem i rozprzestrzenianiem się komórek nowotworowych, powodujący naciekanie i niszczenie prawidłowych tkanek. Rozpoznanie musi nastąpić w okresie naszej odpowiedzialności i 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:
 - a) raka nieinwazyjnego, raka przedinwazyjnego (*carcinoma in situ*), dysplazji, raka o granicznej złośliwości, raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych,
 - b) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0) lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 7,
 - c) 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,
 - d) raka brodawkowatego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0),
 - e) przewlekłej białaczki limfatycznej w stadium niższym niż stopień III według klasyfikacji Rai,
 - f) wczesnego stadium raka pęcherza moczowego z wynikiem badania histopatologicznego T1N0M0 według klasyfikacji TNM,
 - g) wszelkich nowotworów współistniejących z infekcją HIV.
- Za zdiagnozowanie nowotworu przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego, który potwierdził obecność nowotworu złośliwego. Jeśli z medycznego punktu widzenia wykonanie badania histopatologicznego nie jest możliwe

lub jest ryzykowne, za rozpoznanie nowotworu przyjmuje się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności przez Lekarza specjalistę na podstawie dokumentacji medycznej;

- 4) **Rozpoczęty proces diagnostyczny** – wskazanie przez lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia postępowania medycznego, na które składają się: dalszy wywiad chorobowy lub testy przesiewowe lub fizykalne badanie pacjenta lub badania dodatkowe, którego wynikiem jest diagnoza Nowotworu złośliwego.

Za datę Rozpoczęcia procesu diagnostycznego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której Małżonek albo Partner otrzyma wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest zachorowanie Małżonka albo Partnera na Nowotwór złośliwy w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania Małżonka albo Partnera na Nowotwór złośliwy rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową zachorowanie małżonka albo partnera na nowotwór złośliwy albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie zachorowania małżonka albo partnera na nowotwór złośliwy.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera, rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji, liczonym od daty zgłoszenia lub zmiany Partnera. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
6. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo Partnera;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera 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) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania Małżonka albo Partnera na Nowotwór złośliwy jest wyłączona, jeżeli u Małżonka albo Partnera Rozpoczęto proces diagnostyczny w kierunku Nowotworu złośliwego lub który zdiagnozowano lub leczono w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli u Małżonka albo Partnera Rozpoczęto proces diagnostyczny w kierunku Nowotworu złośliwego lub był on leczony w ciągu 3 lat przed objęciem Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a Ty byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową zachorowanie małżonka albo partnera na nowotwór złośliwy albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego

zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datę zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie zachorowania małżonka albo partnera na nowotwór złośliwy.

4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, a Rozpoczęto u Małżonka albo Partnera proces diagnostyczny w kierunku Nowotworu złośliwego lub który był leczony w ciągu 3 lat przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia zmiany Wariantu ubezpieczenia, wariantu Pakietu dodatkowego lub od podwyższenia Sumy ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Małżonek albo Partner zachoruje na Nowotwór złośliwy, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoznania Nowotworu złośliwego, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Jeżeli Małżonek albo Partner zachoruje kolejny raz w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia na Nowotwór złośliwy, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoznania tego Nowotworu złośliwego, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
4. Jeżeli wystąpią u Małżonka albo Partnera w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwa różne Nowotwory złośliwe, nie ponosimy odpowiedzialności za te Nowotwory złośliwe, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co Nowotwór złośliwy, za który wypłaciliśmy Świadczenie.
5. Mamy prawo skierować Małżonka albo Partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
6. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej zdiagnozowanie Nowotworu złośliwego u Małżonka albo Partnera;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących zachorowania małżonka albo partnera na nowotwór w stadium przedinwazyjnym

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU, Katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–4 OWDU, Katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące zachorowania małżonka albo partnera na nowotwór w stadium przedinwazyjnym

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących zachorowania Małżonka albo Partnera na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych** – wykaz nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych objętych naszą ochroną, stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Małżonka albo Partnera na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Nowotwór w stadium przedinwazyjnym** – ogniskowy, niekontrolowany, miejscowy rozrost komórek nowotworowych ograniczony wyłącznie do tkanki pierwotnego pochodzenia i niepowodujący naciekania na sąsiednie tkanki ani przerzutów odległych. Diagnoza musi zostać potwierdzona badaniem histopatologicznym. Zakres ubezpieczenia obejmuje wyłącznie przypadki określone w Katalogu nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych. Za datę zdiagnozowania Nowotworu w stadium przedinwazyjnym, przyjmuje się datę wyniku badania histopatologicznego;
 - Rozpoczęty proces diagnostyczny** – wskazanie przez lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia postępowania medycznego, na które składają się: dalszy wywiad chorobowy lub testy przesiewowe lub fizykalne badanie pacjenta lub badania dodatkowe, którego wynikiem jest diagnoza Nowotworu w stadium przedinwazyjnym. Za datę Rozpoczęcia procesu diagnostycznego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której Małżonek albo Partner otrzyma wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest zachorowanie Małżonka albo Partnera na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania Małżonka albo Partnera na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową zachorowanie małżonka albo partnera na nowotwór w stadium przedinwazyjnym albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie zachorowania małżonka albo partnera na nowotwór w stadium przedinwazyjnym.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera, rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji, liczonym od daty zgłoszenia lub zmiany Partnera. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
6. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo Partnera;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera 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) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ułotką;
 - 5) chorobami związanymi z infekcją HIV.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu zachorowania Małżonka albo Partnera na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym jest wyłączona, jeżeli u Małżonka albo Partnera Rozpoczęto proces diagnostyczny w kierunku nowotworu lub który zdiagnozowano lub leczono w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli u Małżonka albo Partnera Rozpoczęto proces diagnostyczny w kierunku nowotworu lub który leczono w ciągu 3 lat przed objęciem Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a Ty byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową zachorowanie małżonka albo partnera na nowotwór w stadium przedinwazyjnym albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie zachorowania małżonka albo partnera na nowotwór w stadium przedinwazyjnym.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, a Rozpoczęto u Małżonka albo Partnera proces diagnostyczny w kierunku nowotworu lub który leczono w ciągu 3 lat przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia zmiany Wariantu ubezpieczenia, wariantu Pakietu dodatkowego lub od podwyższenia Sumy ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

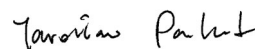
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Małżonek albo Partner zachoruje na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień zdiagnozowania Nowotworu w stadium przedinwazyjnym, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Jeżeli Małżonek albo Partner zachoruje kolejny raz w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia na Nowotwór w stadium przedinwazyjnym, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoznania tego Nowotworu w stadium przedinwazyjnym, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
4. Jeżeli wystąpią u Małżonka albo Partnera w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwa różne Nowotwory w stadium przedinwazyjnym, nie ponosimy odpowiedzialności za te Nowotwory w stadium przedinwazyjnym, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co Nowotwór w stadium przedinwazyjnym, za który wypłaciliśmy Świadczenie.
5. Mamy prawo skierować Małżonka albo Partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
6. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej zdiagnozowanie Nowotworu w stadium przedinwazyjnym u Małżonka albo Partnera;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących powstania u małżonka albo partnera trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU, Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 4–6 OWDU, Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące powstania u małżonka albo partnera trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących powstania u małżonka albo partnera trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Małżonka albo Partnera na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 2) **Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 3) **Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym** – tabela stanowiąca załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 4) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu polegające na jego trwałej dysfunkcji, będące następstwem Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym Małżonka albo Partnera;
 - 5) **Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym** – powstałe w okresie trwania naszej odpowiedzialności nagle, ogniskowe i nieodwracalne uszkodzenie tkanki mózgowej, w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmoźgowego (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:

- a) epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego,
 - b) udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić,
 - c) przemijającego napadu niedokrwinnego (TIA) ani odwracalnego niedokrwinnego deficytu neurologicznego (RIND),
 - d) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych;
- 6) **Zawał serca** – powstała w okresie trwania naszej odpowiedzialności martwica części mięśnia sercowego, wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Zdiagnozowanie Zawału serca przez Lekarza specjalistę 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:
- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - b) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG,
 - c) uwidocznione w badaniach obrazowych nowe ubytki żywnego mięśnia sercowego lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej.
- Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego.
- Definicja nie obejmuje:
- a) innych ostrych zespołów wieńcowych, w których nie wykazano dowodów na dokonanie się martwicy mięśnia serca,
 - b) każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako zawał serca przez Lekarza specjalistę (kardiologa),
 - c) podwyższenia biomarkerów sercowych, wynikających z zabiegu diagnostycznej angiografii wieńcowej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Małżonka albo Partnera Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:

- 1) Zawał serca lub Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym zostanie zdiagnozowany w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
- 2) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Zawałem serca lub Udarem mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym a powstaniem u Małżonka albo Partnera Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
- 3) Trwały uszczerbek na zdrowiu znajduje się w Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Małżonka albo Partnera Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% kwoty Świadczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową uszczerbek na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie uszczerbku na zdrowiu małżonka albo partnera w wyniku zawału serca lub udaru mózgu.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera, rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji liczonym od daty zgłoszenia lub zmiany Partnera. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% kwoty Świadczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
6. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo Partnera;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera 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) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 5) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

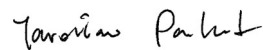
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Małżonka albo Partnera Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień zdiagnozowania Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Rodzaj i stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalimy w oparciu o Tabelę Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od zdiagnozowania u Małżonka albo Partnera Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.
4. Zmiana rodzaju lub stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu po 36 miesiącach od dnia zdiagnozowania Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia.
5. Świadczenie przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu za jeden Zawał serca lub Udar mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.
6. W razie uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były upośledzone już przed zdiagnozowaniem Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym, ustalony u Małżonka albo Partnera stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejszymy o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed zdiagnozowaniem Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.
7. Mamy prawo skierować Małżonka albo Partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
8. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub udaru mózgu u Małżonka albo Partnera;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących pobytu małżonka albo partnera w szpitalu

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–9, ust. 11–12, ust. 14–15, ust. 17–19, ust. 21–23, ust. 25–27, ust. 29–34 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące pobytu małżonka albo partnera w szpitalu

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących pobytu małżonka albo partnera w szpitalu stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu niezależne od woli Małżonka albo Partnera, uzasadniające pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu;
 - Dzień pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym Małżonek albo Partner przebywał w Szpitalu, przy czym za pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze Szpitala;
 - Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - Oddział psychiatryczny Szpitala** – wydzielona część Szpitala, której zadaniem jest całodobowe i stacjonarne leczenie zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania;
 - Oddział rehabilitacyjny** – wydzielona część Szpitala przystosowana do całodobowej opieki w warunkach stacjonarnych nad chorymi oraz ich leczenia polegającego na przywróceniu pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej;
 - OIOM (oddział intensywnej opieki medycznej)** – wydzielony oddział Szpitala, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzeni 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 również pobyt na oddziale kardiologicznym z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, jak również 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;
 - Rekonwalescencja poszpitalna** – pobyt Małżonka albo Partnera na nieprzerwanym zwolnieniu lekarskim, następujący po zakończonym pobycie Małżonka albo Partnera w Szpitalu;
 - Sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Polski zakład leczenia przeznaczony do leczenia przewlekłych stanów chorobowych oraz rekonwalescencji osób wymagających rehabilitacji lub utrwalenia wyników leczenia szpitalnego;

- 9) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny w rozumieniu ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze, z późn. zm., należące do przewoźnika lotniczego działającego zgodnie z przepisami tej ustawy, posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
- 10) **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 ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o żegludze śródlądowej, z późn. zm. oraz ustawy z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski, z późn. zm., posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją Statku wodnego;
- 11) **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;
- 12) **Udar mózgu** – powstałe w okresie trwania naszej odpowiedzialności nagłe, ogniskowe uszkodzenie tkanki mózgowej, w następstwie zaburzeń krążenia wewnątrzmożgowego (zatoru, zakrzepu lub wylewu). Konieczne jest wystąpienie świeżych zmian naczyniopochodnych zaobserwowanych w badaniach obrazowych (np. w badaniu rezonansu magnetycznego, badaniu tomografii komputerowej) i co najmniej jednego z poniższych kryteriów:
- a) stwierdzenie obecności ogniskowych objawów neurologicznych trwających ponad 24 godziny, ale krócej niż 60 dni albo
 - b) stwierdzenie obecności ogniskowych objawów neurologicznych trwających krócej niż 24 godziny, jeżeli zastosowano leczenie trombolityczne. Odpowiedzialnością objęte są również przypadki udaru mózdzku, rdzenia przedłużonego, rdzenia kręgowego, które spełniają powyższe kryteria.
- Definicja udaru mózgu nie obejmuje:
- a) epizodów pourazowego krwotoku śródmózgowego oraz pourazowego krwotoku podpajęczynówkowego,
 - b) udaru mózgu dokonanego w nieokreślonej przeszłości lub takiego, którego daty wystąpienia nie można jednoznacznie określić,
 - c) przemijającego napadu niedokrwiennego (TIA), ani odwracalnego niedokrwiennego deficytu neurologicznego (RIND),
 - d) wtórnego krwotoku do istniejących ognisk poudarowych;
- 13) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym, które było przyczyną pobytu w Szpitalu Małżonka albo Partnera;
- 14) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, któremu Małżonek albo Partner uległ jako:
- a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu, członek załogi lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej,
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.
- Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch;
- 15) **Zawał serca** – powstała w okresie trwania naszej odpowiedzialności martwica części mięśnia sercowego, wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Zdiagnozowanie Zawału serca przez Lekarza specjalistę 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:
- a) typowe objawy kliniczne zawału mięśnia sercowego,
 - b) nowe zmiany niedokrwienne w badaniu EKG,
 - c) uwidocznione w badaniach obrazowych nowe ubytki żywotnego mięśnia sercowego lub nowe regionalne zaburzenia czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej.
- Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej oraz operacji pomostowania aortalno-wieńcowego.
- Definicja nie obejmuje:
- a) innych ostrych zespołów wieńcowych, w których nie wykazano dowodów na dokonanie się martwicy mięśnia serca,
 - b) każdego zdarzenia, które nie zostało potwierdzone jako Zawał serca przez Lekarza specjalistę (kardiologa),
 - c) podwyższenia biomarkerów sercowych, wynikających z zabiegu diagnostycznej angiografii wieńcowej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest pobyt w Szpitalu Małżonka albo Partnera, który rozpocznie się i będzie trwał w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Pobyt w Szpitalu może następować w wyniku:
 - 1) Choroby;
 - 2) Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 3) Wypadku;
 - 4) Wypadku komunikacyjnego.

3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 1) pobyt Małżonka albo Partnera na OIOM w wyniku Choroby, w ramach:
 - a) Wariantu I – Świadczenie dzienne albo
 - b) Wariantu II – Świadczenie jednorazowe;
 - 2) pobyt Małżonka albo Partnera na OIOM w wyniku Wypadku, w ramach:
 - a) Wariantu I – Świadczenie dzienne albo
 - b) Wariantu II – Świadczenie jednorazowe;
 - 3) pobyt Małżonka albo Partnera na Oddziale rehabilitacyjnym;
 - 4) pobyt Małżonka albo Partnera w Sanatorium;
 - 5) pobyt Małżonka albo Partnera na Oddziale psychiatrycznym Szpitala;
 - 6) Rekonwalescencję poszpitalną Małżonka albo Partnera;
 - 7) Świadczenie lekowe po pobycie w Szpitalu Małżonka albo Partnera.
4. Zakres ubezpieczenia uwzględniający przyczynę pobytu w Szpitalu oraz rozszerzenie zakresu ubezpieczenia zostaną potwierdzone w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu pobytu Małżonka albo Partnera w Szpitalu rozpoczyna się:
 - 1) w przypadku objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia – w dniu objęcia ochroną;
 - 2) w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o pobyt Małżonka albo Partnera na OIOM, na Oddziale rehabilitacyjnym, w Sanatorium, na Oddziale psychiatrycznym Szpitala, Rekonwalescencję poszpitalną lub Świadczenie lekowe – w dniu rozszerzenia ochronyi w każdym z powyższych przypadków jest ograniczona w okresie Karencji liczonej od ww. dni.
2. Nasza odpowiedzialność jest ograniczona do zdarzeń, które są następstwem Wypadku lub Wypadku komunikacyjnego w okresie:
 - 1) 1 miesiąca Karencji w zakresie pobytu w Szpitalu, pobytu na OIOM, Rekonwalescencji poszpitalnej, pobytu na Oddziale psychiatrycznym Szpitala;
 - 2) 3 miesięcy Karencji w zakresie pobytu w Sanatorium.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową pobyt małżonka albo partnera w szpitalu albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie wynikające z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doreczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie pobytu małżonka albo partnera w szpitalu.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera, rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona do zdarzeń, które są następstwem Wypadku lub Wypadku komunikacyjnego w okresie:
 - 1) 1 miesiąca Karencji w zakresie pobytu w Szpitalu, pobytu na OIOM, Rekonwalescencji poszpitalnej, pobytu na Oddziale psychiatrycznym Szpitala liczonym od daty zgłoszenia lub zmiany Partnera;
 - 2) 3 miesięcy Karencji w zakresie pobytu w Sanatorium liczonym od daty zgłoszenia lub zmiany Partnera;
6. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniami popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo Partnera;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera 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) rozpoznanym u Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z (nie dotyczy zakresu ubezpieczenia obejmującego pobyt na Oddziale psychiatrycznym Szpitala);
- 5) prowadzeniem przez Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) udziałem Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo,

lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);

- 7) działaniem Małżonka albo Partnera 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 8) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 10) pozostawianiem przez Małżonka albo Partnera:
 - a) na oddziale dziennym, w hospicjum, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej,
 - b) w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym (nie dotyczy zakresu ubezpieczenia obejmującego pobyt w Sanatorium),
 - c) na oddziale rehabilitacyjnym (nie dotyczy zakresu ubezpieczenia obejmującego pobyt na Oddziale rehabilitacyjnym),
 - d) na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującym dalszą hospitalizacją (nie dotyczy zakresu ubezpieczenia obejmującego pobyt na Oddziale rehabilitacyjnym oraz pobyt w Sanatorium);
- 11) pełnieniem przez Małżonka albo Partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
- 12) przeprowadzonymi u Małżonka albo Partnera operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji:
 - a) rekonstrukcyjnych będących następstwem Wypadków lub
 - b) wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym lub
 - c) w związku z chorobami nowotworowymi.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

POBYT W SZPITALU

2. Jeżeli Małżonek albo Partner będzie przebywać w Szpitalu, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia za każdy Dzień pobytu w Szpitalu Małżonka albo Partnera, obowiązującej na dzień rozpoczęcia pobytu w Szpitalu.
3. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że pobyt w Szpitalu w wyniku:
 - 1) Choroby – będzie trwał co najmniej 3 dni;
 - 2) Zawału serca lub Udaru mózgu – będzie trwał co najmniej 3 dni;
 - 3) Wypadku – będzie trwał co najmniej 1 dzień;
 - 4) Wypadku komunikacyjnego – będzie trwał co najmniej 1 dzień.
4. Jeżeli pobyt w Szpitalu Małżonka albo Partnera, którego przyczyną będzie Choroba, Zawał serca lub Udar mózgu rozpocznie się w okresie Karencji, wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za Dni pobytu w Szpitalu Małżonka albo Partnera przypadające po zakończeniu tego okresu.
5. Świadczenie z tytułu pobytu Małżonka albo Partnera w Szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego, Zawału serca lub Udaru mózgu przysługuje, pod warunkiem że:
 - 1) pobyt w Szpitalu rozpocznie się nie później niż 14 dni od dnia:
 - a) wystąpienia Wypadku komunikacyjnego albo
 - b) zdiagnozowania Zawału serca lub Udaru mózgu;
 - 2) w przypadku pobytu w Szpitalu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu – Zawał serca lub Udar mózgu zostanie zdiagnozowany w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 3) w przypadku pobytu w Szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego:
 - a) pobyt ten będzie pierwszym pobytem w Szpitalu spowodowanym danym Wypadkiem komunikacyjnym oraz
 - b) Wypadek komunikacyjny wystąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Za pierwszy pobyt w Szpitalu spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym nie uważa się wcześniejszego pobytu na oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującego dalszą hospitalizacją związaną z tym samym Wypadkiem komunikacyjnym.

POBYT NA OIOM

7. Jeżeli Małżonek albo Partner będzie przebywać na OIOM, wypłacimy Ci:
 - 1) w ramach Wariantu I – Świadczenie za maksymalnie 5 kolejnych dni pobytu na OIOM w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na 1. dzień pobytu na OIOM Małżonka albo Partnera albo
 - 2) w ramach Wariantu II – Świadczenie jednorazowe za pobyt na OIOM w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia obowiązującej na 1. dzień pobytu na OIOM Małżonka albo Partnera.
8. Świadczenie wypłacimy za pobyt na OIOM, który rozpocznie się i będzie trwał w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia,
9. W przypadku kilkukrotnych pobytów na OIOM Małżonka albo Partnera w trakcie jednego nieprzerwanego pobytu w Szpitalu, Świadczenie przysługuje za jeden pobyt na OIOM.

10. Świadczenie z tytułu pobytu na OIOM Małżonka albo Partnera wypłacane jest niezależnie od Świadczenia z tytułu pobytu w Szpitalu.
11. Jeżeli pobyt Małżonka albo Partnera na OIOM, w ramach Wariantu I, którego przyczyną będzie Choroba, rozpocznie się w okresie Karencji, wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za dni pobytu na OIOM przypadające po zakończeniu tego okresu.
12. Jeżeli przyczyną pobytu na OIOM, w ramach Wariantu II, będzie Choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie Karencji i kończącego się po tym okresie.

POBYT NA ODDZIALE REHABILITACYJNYM

13. Jeżeli Małżonek albo Partner będzie przebywać na Oddziale rehabilitacyjnym, wypłacimy Ci jednorazowe Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na 1. dzień pobytu na Oddziale rehabilitacyjnym Małżonka albo Partnera.
14. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że:
 - 1) pobyt rozpocznie się i będzie trwał co najmniej 4 dni w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz
 - 2) będzie pierwszym pobytem na Oddziale rehabilitacyjnym po pobycie w Szpitalu, za który otrzymasz od nas Świadczenie.
15. Świadczenie za pobyt na Oddziale rehabilitacyjnym Małżonka albo Partnera otrzymasz od nas za jeden taki pobyt w Roku polisowym.

POBYT W SANATORIUM

16. Jeżeli Małżonek albo Partner będzie przebywać w Sanatorium, wypłacimy Ci jednorazowe Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na 1. dzień pobytu Małżonka albo Partnera w Sanatorium.
17. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że:
 - 1) pobyt rozpocznie się w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i będzie trwał co najmniej 7 dni oraz
 - 2) pobyt w Sanatorium będzie realizowany na podstawie skierowania wystawionego przez podmiot do tego uprawniony.
18. Świadczenie za pobyt w Sanatorium Małżonka albo Partnera otrzymasz od nas za jeden taki pobyt w Roku polisowym.
19. Jeżeli przyczyną pobytu w Sanatorium będzie Choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie Karencji i kończącego się po tym okresie.

REKONWALESCENCJA POSZPITALNA

20. Jeżeli Małżonek albo Partner będzie przebywać na Rekonwalescencji poszpitalnej, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia za każdy dzień pobytu Małżonka albo Partnera na zwolnieniu lekarskim, obowiązującej na dzień rozpoczęcia przez Małżonka albo Partnera Rekonwalescencji poszpitalnej.
21. Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji poszpitalnej Małżonka albo Partnera przysługuje począwszy od dnia następnego po dniu wypisu ze Szpitala w okresie pierwszych 30 dni zwolnienia lekarskiego.
22. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że:
 - 1) pobyt w Szpitalu oraz pobyt na zwolnieniu lekarskim będą trwały w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 2) pobyt w Szpitalu bezpośrednio poprzedzający zwolnienie lekarskie będzie trwał co najmniej 10 dni;
 - 3) otrzymasz od nas Świadczenie z tytułu pobytu Małżonka albo Partnera w Szpitalu.
23. W przypadku Małżonków albo Partnerów, którzy nie odprowadzają składek chorobowych, emerytów, osób bezrobotnych, rencistów, osób otrzymujących świadczenie rehabilitacyjne, Świadczenie z tytułu Rekonwalescencji poszpitalnej Małżonka albo Partnera przysługuje w wysokości odpowiadającej 15-krotności Świadczenia wskazanego w Umowie ubezpieczenia.

POBYT NA ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM SZPITALA

24. Jeżeli Małżonek albo Partner będzie przebywać na Oddziale psychiatrycznym Szpitala, wypłacimy Ci jednorazowe Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na 1. dzień pobytu Małżonka albo Partnera na Oddziale psychiatrycznym Szpitala.
25. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że pobyt rozpocznie się i będzie trwał co najmniej 3 dni w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
26. Świadczenie za pobyt Małżonka albo Partnera na Oddziale psychiatrycznym Szpitala otrzymasz od nas za jeden taki pobyt w Roku polisowym.
27. Jeżeli przyczyną pobytu Małżonka albo Partnera na Oddziale psychiatrycznym Szpitala będzie Choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie Karencji i kończącego się po tym okresie.

ŚWIADCZENIE LEKOWE

28. Jeżeli Małżonek albo Partner będzie przebywać w Szpitalu, wypłacimy Ci dodatkowo jednorazowe Świadczenie lekowe w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na 1. dzień pobytu w Szpitalu Małżonka albo Partnera.
29. Świadczenie lekowe wypłacimy, pod warunkiem że:
 - 1) Małżonek albo Partner będzie przebywać w Szpitalu w wyniku Choroby, Zawału serca lub Udaru mózgu co najmniej 3 dni albo w wyniku Wypadku lub Wypadku komunikacyjnego co najmniej 1 dzień;
 - 2) otrzymasz od nas Świadczenie z tytułu Pobytu w Szpitalu Małżonka albo Partnera.
30. Świadczenie lekowe otrzymasz od nas maksymalnie za 3 rozpoczęte pobyty w Szpitalu Małżonka albo Partnera w Roku polisowym.

POSTANOWIENIA WSPÓLNE DLA WSZYSTKICH ŚWIADCZEŃ

31. Wyplacimy Świadczenie z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Chorobą, Zawałem serca, Udarem mózgu, Wypadkiem lub Wypadkiem komunikacyjnym a pobytem Małżonka albo Partnera w Szpitalu.
32. Jeżeli pobyt w Szpitalu lub pobyt na OIOM (w ramach Wariantu I) rozpocznie się w okresie obowiązywania Poprzedniej umowy ubezpieczenia, a zakończy w trakcie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, Świadczenie przysługuje wyłącznie za pobyt przypadający w okresie naszej odpowiedzialności, pod warunkiem że:
 - 1) pobyt w Szpitalu w wyniku Choroby, Zawału serca lub Udaru mózgu będzie trwał co najmniej 3 dni;
 - 2) zostaną doręczone nam, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, dokumenty potwierdzające zakres ochrony oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym w zakresie pobytu małżonka albo partnera w szpitalu.
33. Jeżeli pobyt Małżonka albo Partnera w Szpitalu, na OIOM, Oddziale rehabilitacyjnym, Oddziale psychiatrycznym lub w Sanatorium rozpocznie się w okresie obowiązywania tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończy po jego upływie, Świadczenie przysługuje:
 - 1) w przypadku pobytu w Szpitalu w wyniku Choroby, Zawału serca lub Udaru mózgu – wyłącznie za dni pobytu Małżonka albo Partnera w Szpitalu przypadające w okresie naszej odpowiedzialności, jeżeli pobyt będzie trwał co najmniej 3 dni;
 - 2) w przypadku pobytu na OIOM w ramach Wariantu I – wyłącznie za dni pobytu Małżonka albo Partnera na OIOM przypadające w okresie naszej odpowiedzialności;
 - 3) w przypadku pobytu na Oddziale psychiatrycznym Szpitala – jeżeli pobyt będzie trwał co najmniej 3 dni;
 - 4) w przypadku pobytu w Sanatorium – jeżeli pobyt będzie trwał co najmniej 7 dni.
34. W przypadku, gdy Rekonwalescencja poszpitalna Małżonka albo Partnera rozpocznie się w okresie obowiązywania tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i zakończy się po tym okresie, Świadczenie przysługuje wyłącznie za każdy dzień Rekonwalescencji przypadający w okresie trwania naszej odpowiedzialności.
35. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego/sanatoryjnego Małżonka albo Partnera;
 - 4) skierowania do Sanatorium w przypadku pobytu w Sanatorium Małżonka albo Partnera;
 - 5) zwolnienia lekarskiego wydanego przez Szpital w przypadku Rekonwalescencji poszpitalnej Małżonka albo Partnera;
 - 6) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 7) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących operacji małżonka albo partnera w wyniku choroby lub wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 6 OWDU, Katalog operacji, Katalog powikłań operacji
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 4, § 5, § 6 ust. 4–6 OWDU, Katalog operacji, Katalog powikłań operacji

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące operacji małżonka albo partnera w wyniku choroby lub wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących operacji małżonka albo partnera w wyniku choroby lub wypadku 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu, niezależne od woli Małżonka albo Partnera, uzasadniające przeprowadzenie u Małżonka albo Partnera Operacji;
 - 2) **Katalog operacji** – wykaz Operacji oraz odpowiadające im poziomy skali trudności od 1 (Operacje najłżejsze) do 5 (Operacje najcięższe), stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 3) **Katalog powikłań operacji** – wykaz Powikłań operacji oraz odpowiadające im poziomy trudności od 1 (Powikłania operacji najłżejsze) do 4 (Powikłania operacji najcięższe), stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 4) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Małżonka albo Partnera na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 5) **Operacja** – operacja chirurgiczna wykonana w Placówce medycznej przez zespół lekarzy/lekarza o specjalności zabiegowej mająca na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania lub 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;
 - 6) **Powikłania operacji** – nieplanowany wynik Operacji wykonanej w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, powodujący uszkodzenie lub dysfunkcję organu, narządu lub układu, niewystępujących przed Operacją. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie Powikłania Operacji określone w Katalogu powikłań operacji, które wystąpią w ciągu 3 miesięcy po wykonanej Operacji;
 - 7) **Placówka medyczna** – miejsce wykonywania Operacji, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta. Przez Placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia;
 - 8) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym, które było przyczyną przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera Operacji.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest przeprowadzenie u Małżonka albo Partnera:
 - 1) Operacji w wyniku Choroby lub Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - a) Operacja zostanie przeprowadzona w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - b) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Chorobą lub Wypadkiem a przeprowadzoną u Małżonka albo Partnera Operacją,
 - c) Operacja znajduje się w Katalogu operacji;
 - 2) Operacji mającej na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania wymienionej w Katalogu operacji w zakresie sekcji R „operacje prewencyjne”, w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W zależności od poziomu Operacji wskazanej w Katalogu operacji, wypłacimy Świadczenie w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 5% Sumy ubezpieczenia;
 - 2) poziom 2 – 10% Sumy ubezpieczenia;
 - 3) poziom 3 – 30% Sumy ubezpieczenia;
 - 4) poziom 4 – 50% Sumy ubezpieczenia;
 - 5) poziom 5 – 100% Sumy ubezpieczenia.
3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o Powikłania operacji Małżonka albo Partnera, które nastąpiły w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, zgodnie z którymi za Powikłania operacji wskazane w Katalogu powikłań operacji, w zależności od ich poziomu, wypłacimy Świadczenie w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 15% Sumy ubezpieczenia;
 - 2) poziom 2 – 30% Sumy ubezpieczenia;
 - 3) poziom 3 – 50% Sumy ubezpieczenia;
 - 4) poziom 4 – 100% Sumy ubezpieczenia.
4. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera Operacji rozpoczyna się:
 - 1) w przypadku objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia – w dniu objęcia ochroną;
 - 2) w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Powikłania operacji – w dniu rozszerzenia ochronyi w każdym z powyższych przypadków jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji liczoną od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Powikłania operacji nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Operacji lub Powikłań operacji, których przeprowadzenie będzie następstwem Wypadku.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia lub poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie wynikające z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie pod warunkiem, że poprzednia ochrona ubezpieczeniowa obejmowała:
 - 1) operacje małżonka albo partnera – w przypadku zgłoszenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu operacji małżonka albo partnera;
 - 2) powikłania operacji małżonka albo partnera – w przypadku zgłoszenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu powikłań operacji małżonka albo partnera.W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony oraz datę zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie operacji małżonka albo partnera lub powikłań operacji małżonka albo partnera.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 6 miesięcy Karencji, liczoną od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem zgłoszonego lub zmienionego Partnera, rozpocznie się od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, liczoną od daty zgłoszenia lub zmiany Partnera. W okresie Karencji nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Operacji lub Powikłań operacji których przeprowadzenie będzie następstwem Wypadku.
6. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo Partnera;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera 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) rozpoznany u Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;

- 5) prowadzeniem przez Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) wypadkiem lotniczym, jeżeli Małżonek albo Partner nie był członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 7) udziałem Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 8) działaniem Małżonka albo Partnera 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) pełnieniem przez Małżonka albo Partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
- 12) przeprowadzonymi u Małżonka albo Partnera operacjami w celach diagnostycznych;
- 13) przeprowadzonymi u Małżonka albo Partnera operacjami zmniejszenia lub powiększenia piersi (z wyjątkiem wskazań medycznych) lub przeprowadzeniem operacji korekty płci;
- 14) przeprowadzonymi u Małżonka albo Partnera operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji:
 - a) rekonstrukcyjnych będących następstwem Wypadków lub
 - b) wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym lub
 - c) w związku z chorobami nowotworowymi;
- 15) przeprowadzonymi u Małżonka albo Partnera operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych będących następstwem Wypadków;
- 16) przeprowadzonymi u Małżonka albo Partnera operacjami mającymi na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania, niewymienionymi w Katalogu operacji w zakresie sekcji R „operacje prewencyjne”.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

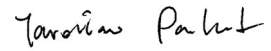
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zostanie u Małżonka albo Partnera przeprowadzona Operacja w wyniku Choroby lub Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Operacji.
3. Jeżeli wystąpi u Małżonka albo Partnera Powikłanie operacji, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień stwierdzenia Powikłania operacji.
4. Jeżeli w trakcie jednego zabiegu została wykonana u Małżonka albo Partnera więcej niż jedna Operacja, wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie w wysokości odpowiadającej najcięższej Operacji.
5. Wypłacimy Świadczenie maksymalnie za 3 Operacje przeprowadzone w Roku polisowym.
6. Jeżeli zostanie u Małżonka albo Partnera 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.
7. Mamy prawo skierować Małżonka albo Partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
8. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej z Placówki medycznej potwierdzającej wykonanie Operacji u Małżonka albo Partnera;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących operacji małżonka albo partnera w wyniku wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 6 OWDU, Katalog operacji
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 4, § 5, § 6 ust. 3–5 OWDU, Katalog operacji

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące operacji małżonka albo partnera w wyniku wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących operacji małżonka albo partnera w wyniku wypadku stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Katalog operacji** – wykaz Operacji oraz odpowiadające im poziomy skali trudności od 1 (Operacje najlżejsze) do 5 (Operacje najcięższe), stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Małżonka albo Partnera na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 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;
 - Placówka medyczna** – miejsce wykonywania Operacji, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta. Przez Placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia;
 - Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Małżonka albo Partnera, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym, które było przyczyną przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera Operacji.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

- Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest przeprowadzenie u Małżonka albo Partnera Operacji w wyniku Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - Operacja zostanie przeprowadzona w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a przeprowadzoną u Małżonka albo Partnera Operacją;
 - Operacja znajduje się w Katalogu operacji.
- W zależności od poziomu Operacji wskazanej w Katalogu Operacji, wypłacimy Świadczenie w następującej wysokości:
 - poziom 1 – 5% Sumy ubezpieczenia;
 - poziom 2 – 10% Sumy ubezpieczenia;
 - poziom 3 – 30% Sumy ubezpieczenia;
 - poziom 4 – 50% Sumy ubezpieczenia;
 - poziom 5 – 100% Sumy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera Operacji rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo Partnera;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera 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) rozpoznaniem u Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) wypadkiem lotniczym, jeżeli Małżonek albo Partner nie był pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 7) udziałem Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 8) działaniem Małżonka albo Partnera 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) pełnieniem przez Małżonka albo Partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
- 12) przeprowadzonymi u Małżonka albo Partnera operacjami w celach diagnostycznych;
- 13) przeprowadzonymi u Małżonka albo Partnera operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji:
 - a) rekonstrukcyjnych będących następstwem Wypadków lub
 - b) wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym;
- 14) przeprowadzonymi u Małżonka albo Partnera operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych będących następstwem Wypadków.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

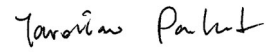
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zostanie u Małżonka albo Partnera przeprowadzona Operacja w wyniku Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Operacji.
3. Jeżeli w trakcie jednego zabiegu została u Małżonka albo Partnera wykonana więcej niż jedna Operacja, wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie w wysokości odpowiadającej najcięższej Operacji.
4. Wypłacimy Świadczenie maksymalnie za 3 Operacje przeprowadzone w Roku polisowym.
5. Jeżeli zostanie u Małżonka albo Partnera 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 narzędziu, który fizjologicznie występuje w parze.
6. Mamy prawo skierować Małżonka albo Partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej z Placówki medycznej potwierdzającej wykonanie Operacji u Małżonka albo Partnera;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących operacji małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 6 OWDU, Katalog operacji
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 4, § 5, § 6 ust. 3–5 OWDU, Katalog operacji

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące operacji małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących operacji małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Katalog operacji** – wykaz Operacji oraz odpowiadające im poziomy skali trudności od 1 (Operacje najłżejsze) do 5 (Operacje najcięższe), stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 2) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Małżonka albo Partnera na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 3) **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;
 - 4) **Placówka medyczna** – miejsce wykonywania Operacji, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta. Przez Placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia;
 - 5) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny w rozumieniu ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze, z późn. zm., należące do przewoźnika lotniczego działającego zgodnie z przepisami tej ustawy, posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdadność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 6) **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 ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o żegludze śródlądowej, z późn. zm. oraz ustawy z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski, z późn. zm., posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją Statku wodnego;
 - 7) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, któremu Małżonek albo Partner uległ jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu, członek załogi lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających z udziałem Statku wodnego,

c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.

Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest przeprowadzenie u Małżonka albo Partnera Operacji w wyniku Wypadku komunikacyjnego, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Operacja zostanie przeprowadzona w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 2) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a przeprowadzoną u Małżonka albo Partnera Operacją;
 - 3) Operacja znajduje się w Katalogu operacji.
2. W zależności od poziomu Operacji wskazanym w Katalogu Operacji, wypłacimy Świadczenie w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 5% Sumy ubezpieczenia;
 - 2) poziom 2 – 10% Sumy ubezpieczenia;
 - 3) poziom 3 – 30% Sumy ubezpieczenia;
 - 4) poziom 4 – 50% Sumy ubezpieczenia;
 - 5) poziom 5 – 100% Sumy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Małżonka albo Partnera Operacji w wyniku Wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Małżonka albo Partnera;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Małżonka albo Partnera 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) rozpoznany u Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) wypadkiem lotniczym, jeżeli Małżonek albo Partner nie był pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 7) udziałem Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 8) działaniem Małżonka albo Partnera 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) pełnieniem przez Małżonka albo Partnera służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
- 12) przeprowadzonymi u Małżonka albo Partnera operacjami w celach diagnostycznych;
- 13) przeprowadzonymi u Małżonka albo Partnera operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji:
 - a) rekonstrukcyjnych będących następstwem Wypadków lub
 - b) wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym;
- 14) przeprowadzonymi u Małżonka albo Partnera operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych będących następstwem Wypadków.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

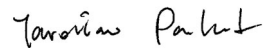
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zostanie u Małżonka albo Partnera przeprowadzona Operacja w wyniku Wypadku komunikacyjnego, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Operacji.
3. Jeżeli w trakcie jednego zabiegu została u Małżonka albo Partnera wykonana więcej niż jedna Operacja, wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie w wysokości odpowiadającej najcięższej Operacji.
4. Wypłacimy Świadczenie maksymalnie za 3 Operacje przeprowadzone w Roku polisowym.
5. Jeżeli zostanie u Małżonka albo Partnera przeprowadzonych kilka Operacji w okresie krótszym niż 30 dni, wypłacimy 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.
6. Mamy prawo skierować Małżonka albo Partnera na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej z Placówki medycznej potwierdzającej wykonanie Operacji u Małżonka albo Partnera;
 - 4) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących drugiej opinii medycznej małżonka albo partnera

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 5, § 7 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7 ust. 8–9 i ust. 11 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące drugiej opinii medycznej małżonka albo partnera

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących drugiej opinii medycznej małżonka albo partnera stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Druga opinia medyczna** – pisemna opinia Lekarza konsultanta, wydawana na wniosek Małżonka albo Partnera, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej zdrowia Małżonka albo Partnera, w zakresie poprawności ustalonej przez Lekarza prowadzącego diagnozy choroby, podjętego leczenia, jeżeli Małżonek albo Partner wyrazi taką prośbę – rokowania co do możliwości wyleczenia oraz jeżeli lekarz konsultant stwierdzi iż sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony – propozycję planu leczenia;
 - Lekarz konsultant** – lekarz medycyny, praktykujący poza terytorium Polski, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danej choroby, który sporządza Drugą opinię medyczną;
 - Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Małżonka albo Partnera w związku z chorobą;
 - Świadczenie** – w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie spełniane przez nas na rzecz Małżonka albo Partnera;
 - Świadczeniodawca** – podmiot, z którym zawarliśmy umowę dotyczącą realizacji Świadczeń w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest zdiagnozowanie choroby u Małżonka albo Partnera, które nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu Drugiej opinii medycznej Małżonka albo Partnera rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 Jaki jest zakres Świadczeń w ramach Drugiej opinii medycznej

- Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
 - wydanie opinii dotyczącej postawionej przez Lekarza prowadzącego diagnozy choroby i dotychczas prowadzonego leczenia;

- 2) udzielenie odpowiedzi na zadane przez Małżonka albo Partnera pytania w związku z opiniowaną chorobą i stanem zdrowia Małżonka albo Partnera;
 - 3) propozycję planu leczenia – jeżeli zdaniem Lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony;
 - 4) rokowania co do możliwości wyleczenia – jeżeli Małżonek albo Partner wyrazi taką prośbę we wniosku o wydanie Drugiej opinii medycznej.
2. Świadczeniodawca pokrywa koszt sporządzenia i wydania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia Małżonka albo Partnera przez Lekarza prowadzącego.
 3. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztu wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w Drugiej opinii medycznej.

§ 6 W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia

W tej Dodatkowej umowie ubezpieczenia nie stosujemy wyłączeń odpowiedzialności.

§ 7 Jakie są zasady realizacji Świadczenia

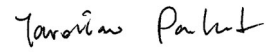
1. Zasady realizacji Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. W ramach Drugiej opinii medycznej, za pośrednictwem Świadczeniodawcy:
 - 1) poinformujemy Małżonka albo Partnera o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej i w razie potrzeby zobowiązujemy się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów;
 - 2) przetłumaczymy zebraną dokumentację na język angielski;
 - 3) prześlemy zebraną dokumentację do Lekarza konsultanta specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - 4) zapewnimy sporządzenie Drugiej opinii medycznej przez Lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski;
 - 5) dostarczymy Małżonkowi albo Partnerowi Drugą opinię medyczną lub na pisemny wniosek Małżonka albo Partnera – Lekarzowi prowadzącemu.
3. W celu uzyskania Drugiej opinii medycznej Małżonek albo Partner powinien skontaktować się telefonicznie ze Świadczeniodawcą pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).
4. Podczas telefonicznego zgłoszenia Małżonek albo Partner powinien podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Małżonka albo Partnera oraz Twoje;
 - 2) numer PESEL Małżonka albo Partnera oraz Twój;
 - 3) adres zamieszkania;
 - 4) numer Polisy;
 - 5) numer telefonu oraz adres e-mail do kontaktu zwrotnego;
 - 6) krótki opis dotyczący zdiagnozowanej choroby.
5. Abyśmy mogli dostarczyć Drugą opinię medyczną, Małżonek albo Partner powinien zapewnić dostęp lub dostarczyć do Świadczeniodawcy wszystkie wymagane dokumenty, w szczególności:
 - 1) dokumentację medyczną dotyczącą zdiagnozowanej choroby;
 - 2) badania diagnostyczne uznane przez Lekarza konsultanta jako niezbędne do sporządzenia Drugiej opinii medycznej (nie pokrywamy kosztu tych badań);
 - 3) dokumentację medyczną dotyczącą leczenia zdiagnozowanej choroby z ostatnich 12 miesięcy licząc od zgłoszenia wydania Drugiej opinii medycznej;
 - 4) formularze, o których wypełnienie zwrócił się do Małżonka albo Partnera Świadczeniodawca;
 - 5) pisemną zgodę na zasięganie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały Małżonkowi albo Partnerowi świadczeń zdrowotnych w zakresie opiniowanej choroby;
 - 6) pisemną zgodę na przekazywanie danych medycznych Małżonka albo Partnera do Lekarza konsultanta w celu uzyskania Drugiej opinii medycznej.
6. Świadczeniodawca przekaze Małżonkowi albo Partnerowi informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej odpowiadającej chorobie zdiagnozowanej u Małżonka albo Partnera. Lekarz konsultant z wybranej przez Małżonka albo Partnera placówki medycznej wyda Drugą opinię medyczną.
7. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i wysłana do Małżonka albo Partnera w sposób uzgodniony z Małżonkiem albo Partnerem (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej).
8. Zarówno my, jak i Świadczeniodawca nie jesteśmy zobowiązani do dostarczenia Drugiej opinii medycznej, w przypadku, gdy Lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących choroby Małżonka albo Partnera. W przypadku, gdy Świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej choroby Małżonka albo Partnera od Lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały Małżonkowi albo Partnerowi świadczeń zdrowotnych, Małżonek albo Partner będzie zobowiązany do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.
9. Małżonek albo Partner ma prawo do jednego Świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej w stosunku do zdiagnozowania tej samej choroby. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia, związanego z chorobą, dla której wydana została Druga opinia medyczna, które zostanie potwierdzone nowymi wynikami badań diagnostycznych, Małżonkowi albo Partnerowi przysługuje kolejna Druga opinia medyczna, jeżeli o nią zawnioskuje.
10. Informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez Lekarza prowadzącego, a zakres wykorzystania Drugiej opinii medycznej Małżonek albo Partner powinien uzgodnić z Lekarzem prowadzącym.
11. Zarówno my, jak i Świadczeniodawca nie odpowiadamy za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań podjętych w oparciu o informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej oraz za skuteczność i skutki wdrożenia proponowanych przez Lekarzy konsultantów planów leczenia.

§ 8 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących urodzenia dziecka

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki grupowego dodatkowego ubezpieczenia dotyczące urodzenia dziecka

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących urodzenia dziecka stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Katalog wad wrodzonych** – wykaz Wad wrodzonych, stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Urodzenie dziecka** – urodzenie żywego dziecka potwierdzone aktem urodzenia, w którym jesteś wymieniony jako jego rodzic. Za Urodzenie dziecka uznaje się także przysposobienie przez Ciebie dziecka zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym;
 - Wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia, powstały w okresie zarodkowym lub płodowym, stwierdzony przez lekarza do ukończenia przez dziecko 3. roku życia. Może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty, znajdujący się w Katalogu wad wrodzonych.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Urodzenie dziecka w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu Urodzenia dziecka rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 9 miesięcy Karencji.
- W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Urodzenia dziecka z Wadą wrodzoną.
- Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową urodzenie dziecka albo
 - poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,
 w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty

potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie urodzenia dziecka.

4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy przez okres 9 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

W tej Dodatkowej umowie ubezpieczenia nie stosujemy wyłączeń odpowiedzialności.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

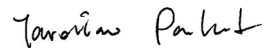
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Urodzi Ci się dziecko, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Urodzenia dziecka lub w przypadku przysposobienia na dzień uprawomocnienia się postanowienia o przysposobieniu dziecka, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Jeżeli w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia Urodzi Ci się kolejne dziecko, powiększymy Świadczenie o kwotę wskazaną w Umowie ubezpieczenia.
4. Za urodzenie kolejnego dziecka uważa się Urodzenie co najmniej drugiego dziecka w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia. Wypłacimy Świadczenie z tego tytułu, również w przypadku, gdy zostało wypłacone Świadczenie za urodzenie dziecka w poprzednim grupowym ubezpieczeniu na życie Warta Ekstrabiznes Plus.
5. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmujemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka;
 - 4) w przypadku przysposobienia dziecka – prawomocnego postanowienia sądu o przysposobieniu;
 - 5) w przypadku Urodzenia dziecka z Wadą wrodzoną – dokumentacji medycznej potwierdzającej Wadę wrodzoną;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących urodzenia dzieci w wyniku ciąży mnogiej

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące urodzenia dzieci w wyniku ciąży mnogiej

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących urodzenia dzieci w wyniku ciąży mnogiej stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Katalog wad wrodzonych** – wykaz Wad wrodzonych, stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Urodzenie dzieci w wyniku ciąży mnogiej** – urodzenie więcej niż jednego żywego dziecka potwierdzone aktami urodzenia, w których jesteś wymieniony jako rodzic tych dzieci;
 - Wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia, powstały w okresie zarodkowym lub płodowym, stwierdzony przez lekarza do ukończenia przez dziecko 3. roku życia. Może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty, znajdujący się w Katalogu Wad wrodzonych.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Urodzenie dzieci w wyniku ciąży mnogiej w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu Urodzenia dzieci w wyniku ciąży mnogiej rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 9 miesięcy Karencji.
- W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nasza odpowiedzialność jest ograniczona do Urodzenia dziecka w wyniku ciąży mnogiej z Wadą wrodzoną.
- Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową urodzenie dzieci w wyniku ciąży mnogiej albo
 - poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,
 w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach

Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie urodzenia dzieci w wyniku ciąży mnogiej.

4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 9 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

W tej Dodatkowej umowie ubezpieczenia nie stosujemy wyłączeń odpowiedzialności.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

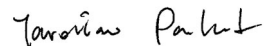
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Urodzą Ci się dzieci w wyniku ciąży mnogiej, wypłacimy Ci Świadczenie za każde Urodzone dziecko w wysokości Sumy ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Urodzenia dziecka w wyniku ciąży mnogiej, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu skróconego aktu urodzenia każdego z dzieci;
 - 4) w przypadku Urodzenia dziecka z Wadą wrodzoną – dokumentacji medycznej potwierdzającej Wadę wrodzoną;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących urodzenia dziecka z niską punktacją w skali Apgar

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące urodzenia dziecka z niską punktacją w skali Apgar

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących urodzenia dziecka z niską punktacją w skali Apgar stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Urodzenie dziecka z niską punktacją w skali Apgar** – urodzenie żywego dziecka, potwierdzone aktem urodzenia, w którym jesteś wymieniony jako jego rodzic, które przy urodzeniu otrzymało 1-8 punktów w skali Apgar. Liczba punktów jest ostatnią wpisaną w dokumentacji medycznej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Urodzenie dziecka z niską punktacją w skali Apgar w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu Urodzenia dziecka z niską punktacją w skali Apgar rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

W tej Dodatkowej umowie ubezpieczenia nie stosujemy wyłączeń odpowiedzialności.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

- Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
- Jeżeli Urodzi Ci się dziecko z niską punktacją w skali Apgar, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Urodzenia dziecka z niską punktacją w skali Apgar.
- Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmujemy na podstawie:
 - wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka;
 - dokumentacji medycznej potwierdzającej urodzenie dziecka z niską punktacją w skali Apgar;

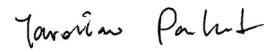
5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących urodzenia dziecka z wadą wrodzoną

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 3 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące urodzenia dziecka z wadą wrodzoną

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących urodzenia dziecka z wadą wrodzoną stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Katalog wad wrodzonych** – wykaz Wad wrodzonych, stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Urodzenie dziecka z Wadą wrodzoną** – urodzenie żywego dziecka, u którego stwierdzono Wadę wrodzoną, potwierdzone aktem urodzenia, w którym jesteś wymieniony jako jego rodzic;
 - Wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia, powstały w okresie zarodkowym lub płodowym, stwierdzony przez lekarza do ukończenia przez dziecko 3. roku życia. Może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty znajdujący się w Katalogu wad wrodzonych.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Urodzenie dziecka z Wadą wrodzoną, pod warunkiem że Urodzenie dziecka oraz stwierdzenie Wady wrodzonej nastąpiły w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu Urodzenia dziecka z Wadą wrodzoną rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

W tej Dodatkowej umowie ubezpieczenia nie stosujemy wyłączeń odpowiedzialności.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

- Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
- Jeżeli Urodzi Ci się dziecko z Wadą wrodzoną, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Urodzenia dziecka z Wadą wrodzoną.

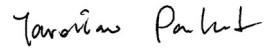
3. Nasza odpowiedzialność z tytułu Urodzenia Dziecka z Wadą wrodzoną dotyczy tylko jednej Wady wrodzonej u danego dziecka.
4. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmujemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka;
 - 4) w przypadku Urodzenia dziecka z Wadą wrodzoną – dokumentacji medycznej potwierdzającej Wadę wrodzoną;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących urodzenia wnuka

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 3 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące urodzenia wnuka

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących urodzenia wnuka stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Katalog wad wrodzonych** – wykaz Wad wrodzonych, stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Urodzenie wnuka** – urodzenie się żywego dziecka Twojej córce lub Twojemu synowi potwierdzone aktem urodzenia, w którym Twoja córka lub Twój syn jest wymieniona/y jako jego rodzic. Za Urodzenie się wnuka uznaje się także przysposobienie przez Twoją córkę lub Twojego syna dziecka zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym;
 - Wada wrodzona** – defekt strukturalny obecny od urodzenia, powstały w okresie zarodkowym lub płodowym, stwierdzony przez lekarza do ukończenia przez dziecko 3. roku życia. Może występować w formie izolowanej lub w zespole, objawowo lub w sposób ukryty, znajdujący się w Katalogu wad wrodzonych.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Urodzenie wnuka w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu Urodzenia wnuka rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 9 miesięcy Karencji.
- W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Urodzenia wnuka z Wadą wrodzoną.
- Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową urodzenie wnuka albo
 - poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,
 w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach

Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie urodzenia wnuka.

4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 9 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

W tej Dodatkowej umowie ubezpieczenia nie stosujemy wyłączeń odpowiedzialności.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

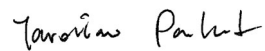
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia Urodzi Ci się pierwszy oraz drugi wnuk, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Urodzenia się wnuka, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Jeżeli w okresie obowiązywania Umowy ubezpieczenia Urodzi Ci się trzeci oraz kolejny wnuk, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 50% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Urodzenia się wnuka.
4. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu skróconego aktu urodzenia wnuka;
 - 4) w przypadku przysposobienia dziecka przez Twoją córkę lub Twojego syna – prawomocnego postanowienia sądu o przysposobieniu;
 - 5) w przypadku Urodzenia się wnuka z Wadą wrodzoną – dokumentacji medycznej potwierdzającej Wadę wrodzoną;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci dziecka

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci dziecka

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci dziecka stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Dziecko** – Twoje własne dziecko, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica lub dziecko przez Ciebie przysposobione, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 3. miesiąc życia;
 - Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Dziecka, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest śmierć Dziecka, która nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Dziecka rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
- W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do śmierci Dziecka spowodowanej Wypadkiem.
- Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową śmierć dziecka albo
 - poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,
 w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci dziecka.
- Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 6 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.

5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:
 - 1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko w ciągu 2 lat od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Dziecka w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową.
2. Do okresu 2 lat w odniesieniu do popełnienia przez Dziecko samobójstwa, zalicza się okres obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem doręczenia nam, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, dokumentów potwierdzających okres trwania i zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym w zakresie śmierci dziecka;
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie umowę dodatkową dotyczącą śmierci dziecka.
3. W przypadku zaliczenia okresu obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową, wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 2 lat liczony od daty podwyższenia, w odniesieniu do popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

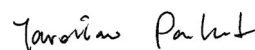
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Twoje Dziecko umrze, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci Dziecka, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Dziecka;
 - 4) w przypadku przysposobienia dziecka – prawomocnego postanowienia sądu o przysposobieniu;
 - 5) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci Dziecka;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci dziecka w wyniku wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci dziecka w wyniku wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci dziecka w wyniku wypadku stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Dziecko** – Twoje własne dziecko, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica lub dziecko przez Ciebie przysposobione, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 3. miesiąc życia;
 - Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Dziecka, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

- Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest śmierć Dziecka w wyniku Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - Wypadek nastąpi w okresie trwania:
 - naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo
 - Poprzedniej umowy ubezpieczenia, jeżeli zawierała w swoim zakresie śmierć dziecka w wyniku wypadku albo
 - poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia;
 - śmierć Dziecka nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a śmiercią Dziecka.
- Jeżeli Wypadek, który będzie przyczyną śmierci Dziecka nastąpi w okresie obejmowania Cię ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, warunkiem wypłaty Świadczenia jest doręczenie nam, na etapie jego rozpatrywania, dokumentów potwierdzających okres trwania i zakres ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci dziecka w wyniku wypadku.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Dziecka w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Dziecka 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) rozpoznaniem u Dziecka zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) udziałem Dziecka w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli Dziecko nie było pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) działaniem Dziecka 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Dziecko: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

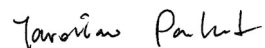
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Twoje Dziecko umrze w wyniku Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia obowiązującej na dzień śmierci Dziecka.
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Dziecka;
 - 4) w przypadku przysposobienia dziecka – prawomocnego postanowienia sądu o przysposobieniu;
 - 5) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci Dziecka;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Dziecko** – Twoje własne dziecko, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica lub dziecko przez Ciebie przysposobione, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 3. miesiąc życia;
 - Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny w rozumieniu ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze, z późn. zm., należące do przewoźnika lotniczego działającego zgodnie z przepisami tej ustawy, posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 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 ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o żegludze śródlądowej, z późn. zm. oraz ustawy z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski, z późn. zm., posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją Statku wodnego;
 - Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, któremu Dziecko uległo jako:
 - kierowca, pasażer, uczestnik ruchu, członek załogi lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających z udziałem Statku wodnego,
 - pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.
 Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

- Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest śmierć Dziecka w wyniku Wypadku komunikacyjnego, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - Wypadek komunikacyjny nastąpi w okresie trwania:
 - naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo

- b) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, jeżeli zawierała w swoim zakresie śmierć dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego albo
 - c) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia;
- 2) śmierć Dziecka nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 3) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Dziecka.
2. Jeżeli Wypadek komunikacyjny, który będzie przyczyną śmierci Dziecka, nastąpi w okresie obejmowania Cię ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, warunkiem wypłaty Świadczenia jest doręczenie nam, na etapie jego rozpatrywania, dokumentów potwierdzających okres trwania i zakres ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- 1. Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Dziecka w wyniku Wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- 2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleceniem lub okaleceniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Dziecka 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) rozpoznaniem u Dziecka zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) udziałem Dziecka w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) działaniem Dziecka 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

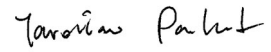
- 1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
- 2. Jeżeli Twoje Dziecko umrze w wyniku Wypadku komunikacyjnego, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci Dziecka.
- 3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Dziecka;
 - 4) w przypadku przysposobienia dziecka – prawomocnego postanowienia sądu o przysposobieniu;
 - 5) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci Dziecka;
 - 6) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 7) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci noworodka

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przestanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci noworodka

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci noworodka stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Śmierć noworodka** – urodzenie się martwego dziecka potwierdzone aktem urodzenia, w którym jesteś wymieniony jako jego rodzic, zawierające adnotację dotyczącą martwego urodzenia. Za Śmierć noworodka rozumie się również śmierć dziecka potwierdzoną aktem zgonu, w którym jesteś wymieniony jako jego rodzic, które przyszło na świat żywe i które w dniu śmierci nie ukończyło 3. miesiąca życia;
 - Wypadek** – zdarzenie nagle, niezależne od stanu zdrowia noworodka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu noworodka, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Śmierć noworodka, która nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu Śmierci noworodka rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
- W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Śmierci noworodka spowodowanej Wypadkiem.
- Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową śmierć noworodka albo
 - poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,
 w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach

Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci noworodka.

4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 6 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) działaniami wojennymi, stanem wojennym;
- 2) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

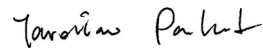
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. W przypadku Śmierci noworodka, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Śmierci noworodka, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu skróconego aktu urodzenia dziecka z adnotacją o martwym urodzeniu lub odpisu skróconego aktu zgonu dziecka;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci noworodka;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących osierocenia dziecka

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczącego osierocenia dziecka

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „Życie Plus”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących osierocenia dziecka stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Dziecko** – Twoje własne dziecko, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica lub dziecko przez Ciebie przysposobione, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego nie ukończyło 25. roku życia. Limit wieku nie ma zastosowania, jeżeli na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego dziecko miało orzeczoną niezdolność do samodzielnej egzystencji;
 - Rodzic**:
 - biologiczny ojciec lub matka Dziecka lub
 - osoba, która przysposobiła Dziecko;
 - Wypadek** – zdarzenie nagle, niezależne od Twojej woli i stanu zdrowia, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza Twojego organizmu, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

- Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Twoja śmierć, która nastąpiła w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o osierocenie Dziecka przez Ciebie i drugiego Rodzica, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - Twoja śmierć nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Twoja śmierć oraz śmierć drugiego Rodzica nastąpią w odstępie nie dłuższym niż 30 dni.
- Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu osierocenia Dziecka rozpoczyna się:
 - w przypadku objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia – w dniu objęcia ochroną,
 - w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o osierocenie Dziecka przez oboje Rodziców – w dniu rozszerzenia ochrony,
 i w każdym z powyższych przypadków jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.

2. W okresie Karencji liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do śmierci Rodzica lub śmierci obojga Rodziców, która jest następstwem Wypadku.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową osierocenie dziecka albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,
 w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie osierocenia dziecka.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 6 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:
 - 1) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Ciebie lub drugiego Rodzica (jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o osierocenie Dziecka przez oboje Rodziców) w ciągu 2 lat od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Twoim lub drugiego Rodzica (jeżeli zakres ubezpieczenia został rozszerzony o osierocenie Dziecka przez oboje Rodziców) w zamieszkach, rozruchach, aktach terroru;
 - 3) skażeniem jądrowym, chemicznym, biologicznym, napromieniowaniem, które są spowodowane działaniem broni nuklearnej, chemicznej, biologicznej bądź napromieniowaniem spowodowanym energią jądrową.
2. Do okresu 2 lat w odniesieniu do popełnienia przez Ciebie lub przez drugiego Rodzica samobójstwa zaliczymy okres obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, pod warunkiem doręczenia nam, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, dokumentów potwierdzających okres trwania i zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym w zakresie osierocenia dziecka;
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia.
3. W przypadku zaliczenia okresu obejmowania Cię ochroną ubezpieczeniową, wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 2 lat liczony od daty podwyższenia, w odniesieniu do popełnienia lub usiłowania popełnienia samobójstwa, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

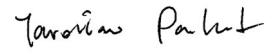
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli umrzesz, wypłacimy Świadczenie każdemu uprawnionemu Dziecku w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Twojej śmierci, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. W przypadku śmierci Twojej oraz drugiego Rodzica Dziecka, wypłacimy dodatkowe Świadczenie każdemu uprawnionemu Dziecku w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Twojej śmierci.
4. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) odpisu Twojego aktu zgonu;
 - 3) odpisu aktu zgonu drugiego Rodzica – w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o osierocenie Dziecka przez oboje Rodziców;
 - 4) aktu urodzenia Dziecka;
 - 5) w przypadku przysposobienia dziecka – prawomocnego postanowienia sądu o przysposobieniu;
 - 6) w przypadku Dziecka, w stosunku do którego orzeczono niezdolność do samodzielnej egzystencji – dokumentacji potwierdzającej orzeczenie;
 - 7) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci;
 - 8) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących powstania u dziecka trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 6 OWDU, Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 4, § 5, § 6 ust. 4–8 OWDU, Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące powstania u dziecka trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „Dziecko”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących powstania u dziecka trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Dziecko** – Twoje własne dziecko, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica lub dziecko przez Ciebie przysposobione, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 3. miesiąc życia i nie ukończyło 25. roku życia;
 - 2) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Dziecka na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 3) **Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku** – tabela stanowiąca załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 4) **Trwały uszczerbek na zdrowiu** – zaburzenie czynności uszkodzonego organu, narządu lub układu polegające na jego trwałej dysfunkcji, fizycznej utracie lub całkowitej i trwałej utracie nad nim władzy, będące następstwem Wypadku Dziecka;
 - 5) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Dziecka, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest powstanie u Dziecka Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Wypadek nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 2) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a powstaniem u Dziecka Trwałego uszczerbku na zdrowiu;
 - 3) Trwały uszczerbek na zdrowiu znajduje się w Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku albo tabeli zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka, w zależności od wybranego Wariantu.
2. Zakres ubezpieczenia występuje w jednym z 2 wariantów:

- 1) Wariant 1 – zgodnie z którym Świadczenie zostanie wypłacone w oparciu o Tabelę Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku;
- 2) Wariant 2 – zgodnie z którym Świadczenie zostanie wypłacone w oparciu o poniższą tabelę:

TABELA ZDARZEŃ OBJĘTYCH OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ W RAMACH TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA		
Rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka	Procent Sumy ubezpieczenia	
1. utrata obu przedramion	100	
2. utrata obu ramion	100	
3. utrata obu ud	100	
4. utrata obu podudzi	100	
5. utrata jednego ramienia i jednego uda	100	
6. utrata jednego ramienia i jednego podudzia	100	
7. utrata jednego przedramienia i jednego uda	100	
8. utrata jednego przedramienia i jednego podudzia	100	
9. utrata jednej dłoni i jednej stopy	100	
10. utrata wzroku w obu oczach	100	
11. utrata słuchu	100	
12. utrata mowy całkowita	100	
KOŃCZYNY GÓRNE	Prawa	Lewa
13. utrata jednego ramienia	70	65
14. utrata jednego przedramienia	60	50
15. utrata jednej dłoni lub utrata części śródreżcza	55	50
16. utrata wszystkich palców u ręki	50	45
17. utrata kciuka i palca wskazującego	35	25
18. utrata kciuka i palca innego niż wskazujący	25	20
19. utrata kciuka	20	15
20. utrata palca wskazującego	15	10
21. utrata palca innego niż kciuk i palec wskazujący	5	5
Ważne: W przypadku osób leworęcznych pozycje procentowe dotyczące kończyny górnej ulegają odwróceniu.		
KOŃCZYNY DOLNE		
22. utrata jednej nogi powyżej kolana	60	
23. utrata jednej nogi na wysokości lub poniżej kolana	50	
24. utrata całej stopy lub części śródstopia	40	
25. utrata wszystkich palców u stopy	30	
26. utrata czterech palców (łącznie z paluchem)	20	
27. utrata palucha	5	
28. utrata palca innego niż paluch	2	
GŁOWA		
29. utrata szczęki dolnej	50	
30. utrata wzroku w jednym oku	40	
31. utrata słuchu w jednym uchu	30	
32. utrata nosa w całości (łącznie z kością nosa)	30	
KRĘGOSŁUP		
33. paraliż całkowity nieodwracalny	100	
34. paraliż obu kończyn dolnych	100	
35. paraliż obu kończyn górnych	100	
POZOSTAŁE		
36. złamanie kości w obrębie czaszki	5	
37. uraz głowy powikłany wstrząśnieniem mózgu	4	
38. uraz głowy z raną/ranami wymagającą/wymagającymi szycia chirurgicznego	2	
39. skręcenie/zwichnięcie kończyny dolnej (z wyłączeniem palców)	3	
40. złamanie kończyny dolnej (z wyłączeniem palców)	4	
41. skręcenie/zwichnięcie kończyny górnej (z wyłączeniem palców)	2	

**TABELA ZDARZEŃ OBJĘTYCH OCHRONĄ UBEZPIECZENIOWĄ
W RAMACH TRWAŁEGO USZCZERBKU NA ZDROWIU DZIECKA**

Rodzaj Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka	Procent Sumy ubezpieczenia
42. złamanie kończyny górnej (z wyłączeniem palców)	3
43. złamanie kości w obrębie kręgosłupa	5
44. złamanie kości innej niż kości kończyny i kręgosłupa	2
45. złamanie/skręcenie/zwichnięcie palca/palców (niezależnie od liczby)	2
46. złamanie nosa	3
47. złamanie zęba/zębów (niezależnie od liczby)	2
48. poparzenie bez względu na obszar, z wyłączeniem oparzeń I stopnia	3
49. pogryzienie przez ssaki	1

Ważne: Użyte w powyższej tabeli terminy oznaczają:

- 1) ramię – rękę od wysokości stawu łokciowego do wysokości stawu barkowego;
 - 2) przedramię – od wysokości stawu nadgarstkowego do wysokości stawu łokciowego;
 - 3) dłoń – palce i śródręcze;
 - 4) udo – od wysokości stawu kolanowego do wysokości stawu biodrowego;
 - 5) podudzie – od wysokości stawu skokowo-goleniowego do wysokości stawu kolanowego;
 - 6) utrata – fizyczną utratę organu lub trwałą utratę jego czynności.
3. Wybór wariantu Trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka zostanie potwierdzony w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu powstania u Dziecka Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleceniem lub okaleceniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Dziecka 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) rozpoznaniem u Dziecka zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) udziałem Dziecka w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli Dziecko nie było pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) działaniem Dziecka 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Dziecko: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli powstanie u Dziecka Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyniku Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości 1% Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień wystąpienia Wypadku, za każdy 1% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.
3. Rodzaj i stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu ustalany jest przez nas po zakończeniu leczenia i ewentualnej rehabilitacji w oparciu o Tabelę Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku lub tabelę zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach trwałego uszczerbku na zdrowiu Dziecka wskazaną w § 3 ust. 2 pkt 2, nie później jednak niż po upływie 36 miesięcy od dnia Wypadku.

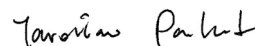
4. Zmiana rodzaju lub stopnia Trwałego uszczerbku na zdrowiu po 36 miesiącach od dnia Wypadku nie daje podstawy do zmiany wysokości Świadczenia.
5. Jeżeli po wypłacie Świadczenia okaże się, że Trwały uszczerbek na zdrowiu wynikający z tego samego Wypadku powinien zostać zakwalifikowany do innego punktu Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku za który należna jest wypłata w wyższej wysokości, wypłacimy dodatkową kwotę stanowiącą różnicę pomiędzy Świadczeniem należnym za ten Trwały uszczerbek na zdrowiu w wyższej wysokości, a kwotą Świadczenia które już wypłaciliśmy.
6. Świadczenie przysługuje maksymalnie za 100% Trwałego uszczerbku na zdrowiu spowodowanego jednym Wypadkiem.
7. Suma procentów Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku Wypadku przyznanych za uszkodzenie danej części ciała, nie może być wyższa niż procent przewidziany w Tabeli zdarzeń objętych ochroną ubezpieczeniową w ramach trwałego inwalidztwa za jej całkowitą utratę.
8. W razie uszkodzenia organu, narządu lub układu, których funkcje były upośledzone przed Wypadkiem, ustalony u Dziecka stopień Trwałego uszczerbku na zdrowiu pomniejszy o stopień uszczerbku istniejący bezpośrednio przed Wypadkiem.
9. Mamy prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
10. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej powstanie Trwałego uszczerbku na zdrowiu u Dziecka;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących poważnego zachorowania dziecka

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 6 OWDU, Katalog poważnych zachorowań dziecka
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 4, § 5, § 6 ust. 3–5 OWDU, Katalog poważnych zachorowań dziecka

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące poważnego zachorowania dziecka

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „Dziecko”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących poważnego zachorowania dziecka 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Dziecko** – Twoje własne dziecko, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica lub dziecko przez Ciebie przysposobione, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 3. miesiąc życia i nie ukończyło 25. roku życia;
 - 2) **Katalog poważnych zachorowań dziecka** – wykaz Poważnych zachorowań wraz z ich definicjami, stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Katalog Poważnych zachorowań dziecka występuje w 2 zakresach:
 - a) Katalog poważnych zachorowań dziecka – podstawowy;
 - b) Katalog poważnych zachorowań dziecka – rozszerzony;
 - 3) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Dziecka na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 4) **Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 5) **Poważne zachorowanie** – rodzaj poważnego zachorowania wymieniony i zdefiniowany w Katalogu poważnych zachorowań dziecka;
 - 6) **Rozpoczęty proces diagnostyczny** – wskazanie przez lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia postępowania medycznego, na które składają się: dalszy wywiad chorobowy lub testy przesiewowe lub fizykalne badanie pacjenta lub badania dodatkowe, którego wynikiem jest Wystąpienie poważnego zachorowania.
Za datę Rozpoczęcia procesu diagnostycznego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której Dziecko otrzyma wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej;
 - 7) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Dziecka, o charakterze losowym, które było przyczyną Wystąpienia poważnego zachorowania i zaistniało w okresie naszej odpowiedzialności;
 - 8) **Wystąpienie poważnego zachorowania** – zaistnienie w okresie naszej odpowiedzialności jednej z poniższych okoliczności: postawienie diagnozy, wynik badania histopatologicznego stwierdzający obecność nowotworu złośliwego,

przeprowadzenie operacji, rozpoczęcie specjalistycznego leczenia, kwalifikacja do przeszczepu albo jego wykonanie, wystąpienie Wypadku, wskazanych w Katalogu poważnych zachorowań dziecka.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest Wystąpienie poważnego zachorowania u Dziecka w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia wskazane w Katalogu poważnych zachorowań dziecka – podstawowym.
2. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o Katalog poważnych zachorowań dziecka – rozszerzony.
3. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu Wystąpienia u Dziecka poważnego zachorowania rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji liczoną od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nasza odpowiedzialność jest ograniczona do Poważnego zachorowania Dziecka spowodowanego Wypadkiem.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową poważne zachorowania dziecka albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie poważnych zachorowań dziecka.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczoną od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:
 - 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Dziecka 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) działaniem Dziecka 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
 - 5) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Dziecko: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
 - 6) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu Poważnego zachorowania Dziecka jest wyłączona, jeżeli Rozpoczęto u Dziecka proces diagnostyczny w kierunku Poważnego zachorowania lub które zdiagnozowano lub leczono w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia
3. Jeżeli Rozpoczęto u Dziecka proces diagnostyczny w kierunku Poważnego zachorowania lub było ono leczone w ciągu 3 lat przed objęciem Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała poważne zachorowania dziecka albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie poważnych zachorowań dziecka.

4. Jeżeli podwyżysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, a Rozpoczęto u Dziecka proces diagnostyczny w kierunku Poważnego zachorowania lub Poważne zachorowanie leczono w ciągu 3 lat przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli Wystąpienie u Dziecka poważnego zachorowania nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia zmiany Wariantu ubezpieczenia, wariantu Pakietu dodatkowego lub od podwyższenia Sumy ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

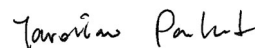
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Wystąpi u Dziecka poważne zachorowanie wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień Wystąpienia poważnego zachorowania, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Jeżeli wystąpi u Dziecka w okresie naszej odpowiedzialności ten sam rodzaj Poważnego zachorowania, wypłacimy Ci Świadczenie tylko za pierwsze z nich.
4. Jeżeli wystąpią u Dziecka w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwa różne Poważne zachorowania, nie ponosimy odpowiedzialności za te Poważne zachorowania, które pozostają w związku przyczynowym lub są spowodowane tym samym czynnikiem patogennym, co Poważne zachorowanie, za które wypłaciliśmy Świadczenie.
5. Jeżeli wystąpią u Dziecka w okresie naszej odpowiedzialności co najmniej dwa Nowotwory złośliwe o różnej budowie histopatologicznej i lokalizacji wypłacimy Świadczenie tylko za pierwszy z nich.
6. Mamy prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy 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 u Dziecka;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących leczenia specjalistycznego dziecka

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU, Katalog metod Leczenia specjalistycznego Dziecka
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–6 OWDU, Katalog metod Leczenia specjalistycznego Dziecka

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące leczenia specjalistycznego dziecka

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „Dziecko”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących leczenia specjalistycznego dziecka stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu niezależne od woli Dziecka, uzasadniające przeprowadzenie u Dziecka Leczenia specjalistycznego;
 - Dziecko** – Twoje własne dziecko, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica lub dziecko przez Ciebie przysposobione, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 3. miesiąc życia i nie ukończyło 25. roku życia;
 - Katalog metod Leczenia specjalistycznego Dziecka** – wykaz metod Leczenia specjalistycznego wraz z ich definicjami oraz odpowiadającymi im wysokościami Świadczeń wyrażonymi jako procent Sumy ubezpieczenia, stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Dziecka na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - Leczenie specjalistyczne** – jedna z metod leczenia przeprowadzona u Dziecka, wymieniona i zdefiniowana w Katalogu metod Leczenia specjalistycznego Dziecka;
 - Rozpoczęty proces diagnostyczny** – wskazanie przez lekarza prowadzącego leczenie do przeprowadzenia postępowania medycznego, na które składają się: dalszy wywiad chorobowy lub testy przesiewowe lub fizykalne badanie pacjenta lub badania dodatkowe, którego wynikiem jest diagnoza Choroby.
Za datę Rozpoczęcia procesu diagnostycznego przyjmujemy datę wizyty u lekarza, podczas której Dziecko otrzyma wskazanie do przeprowadzenia postępowania medycznego, o którym mowa powyżej.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest przeprowadzenie u Dziecka Leczenia specjalistycznego w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, które znajduje się w Katalogu metod Leczenia specjalistycznego Dziecka.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Dziecka Leczenia specjalistycznego rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i jest ograniczona w okresie 3 miesięcy Karencji.

2. W okresie Karencji, liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości 10% Sumy ubezpieczenia wskazanej w Umowie ubezpieczenia.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową leczenie specjalistyczne dziecka albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,
 w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariacie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie leczenia specjalistycznego dziecka.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 3 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

1. Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:
 - 1) samookaleceniem lub okaleceniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko;
 - 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Dziecka 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) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Dziecko: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką.
2. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Dziecka Leczenia specjalistycznego jest wyłączona w przypadku Leczenia specjalistycznego, którego przyczyną była Choroba w stosunku do której Rozpoczęto u Dziecka proces diagnostyczny lub którą zdiagnozowano lub leczono, w okresie 3 lat przed dniem, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia. Ograniczenie to nie obowiązuje, jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia, w którym objęliśmy Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
3. Jeżeli Rozpoczęto u Dziecka proces diagnostyczny w kierunku Choroby, która była przyczyną przeprowadzenia u Dziecka Leczenia specjalistycznego lub którą zdiagnozowano lub leczono w ciągu 3 lat przed objęciem Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a Ty byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową leczenie specjalistyczne dziecka albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,
 wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariacie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie leczenia specjalistycznego dziecka.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, a Rozpoczęto u Dziecka proces diagnostyczny w kierunku Choroby, która była przyczyną przeprowadzenia u Dziecka Leczenia specjalistycznego lub którą zdiagnozowano lub leczono w ciągu 3 lat przed podwyższeniem Sumy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli Zdarzenie ubezpieczeniowe nastąpi po upływie 3 lat licząc od dnia zmiany Wariantu ubezpieczenia, wariantu Pakietu dodatkowego lub od podwyższenia Sumy ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości wynikającej z Umowy ubezpieczenia obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zostanie u Dziecka przeprowadzone Leczenie specjalistyczne, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Leczenia specjalistycznego Dziecka, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Wypłacimy tylko jedno Świadczenie z tytułu tej samej przeprowadzonej u Dziecka metody Leczenia specjalistycznego.
4. Wypłacimy Świadczenie wyłącznie za metody Leczenia specjalistycznego, które nie są powiązane przyczynowo z wcześniej przeprowadzonymi u Dziecka metodami Leczenia specjalistycznego, za które wypłaciliśmy Świadczenie, ani nie wystąpiły w rezultacie działania tego samego czynnika patogenego.

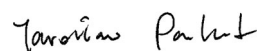
5. W przypadku przeprowadzenia w okresie naszej odpowiedzialności radioterapii i chemioterapii wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za jedną ze wskazanych metod – tę, która została przeprowadzona jako pierwsza.
6. W przypadku przeprowadzenia u Dziecka w okresie naszej odpowiedzialności ablacji wypłacimy wyłącznie jedno Świadczenie za metodę, która została przeprowadzona jako pierwsza, niezależnie od tego, jaką metodę przeprowadzono, tj. użycie prądu o częstotliwości radiowej, krioablacja punktowa lub krioablacja balonowa.
7. Mamy prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
8. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy 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 u Dziecka;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących pobytu dziecka w szpitalu

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–6, ust. 9, ust. 11, ust. 13–14, ust. 16–18, ust. 20–21, ust. 23–25, ust. 27–31 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące pobytu dziecka w szpitalu

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „Dziecko”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących pobytu dziecka 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu, niezależne od woli Dziecka, uzasadniające pobyt Dziecka w Szpitalu;
 - 2) **Dziecko** – Twoje własne dziecko, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica lub dziecko przez Ciebie przysposobione, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 3. miesiąc życia i nie ukończyło 25. roku życia;
 - 3) **Dzień pobytu w Szpitalu** – dzień kalendarzowy, w którym Dziecko przebywało w Szpitalu, przy czym za pierwszy Dzień pobytu w Szpitalu uznaje się dzień przyjęcia, a za ostatni dzień – dzień wypisu ze Szpitala;
 - 4) **Lekarz specjalista** – osoba posiadająca wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, która udziela świadczeń zdrowotnych, w szczególności w zakresie: badania stanu zdrowia, rozpoznawania chorób i zapobiegania im, leczenia i rehabilitacji chorych, udzielania porad lekarskich, a także wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w zakresie swojej specjalizacji;
 - 5) **Oddział psychiatryczny Szpitala** – wydzielona część Szpitala, której zadaniem jest całodobowe i stacjonarne leczenie zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania;
 - 6) **Oddział rehabilitacyjny** – wydzielona część Szpitala przystosowana do całodobowej opieki w warunkach stacjonarnych nad chorymi oraz ich leczenia polegającego na przywróceniu pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej;
 - 7) **OIOM (oddział intensywnej opieki medycznej)** – wydzielony oddział Szpitala, w którym przebywają chorzy w stanie zagrożenia życia objęci intensywnym leczeniem specjalistycznym, ciągłą pielęgnacją i nadzorem, zaopatrzeni 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 również pobyt na oddziale kardiologicznym z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, jak również 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) **Rekonwalescencja poszpitalna** – okres powrotu Dziecka do zdrowia, następujący bezpośrednio po zakończonym pobytku w Szpitalu;

- 9) **Sanatorium** – działający zgodnie z odpowiednimi przepisami na terytorium Polski zakład leczenia przeznaczony do leczenia przewlekłych stanów chorobowych oraz rekonwalescencji osób wymagających rehabilitacji lub utrwalenia wyników leczenia szpitalnego;
- 10) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny w rozumieniu ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze, z późn. zm., należące do przewoźnika lotniczego działającego zgodnie z przepisami tej ustawy, posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność 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 ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o żegludze śródlądowej, z późn. zm. oraz ustawy z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski, z późn. zm., posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją Statku wodnego;
- 12) **Szpital** – zakład leczenia 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) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Dziecka, o charakterze losowym, które było przyczyną pobytu Dziecka w Szpitalu;
- 14) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, któremu Dziecko uległo jako:
 - a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu, członek załogi lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch;
- 15) **Wypadek w szkole** – wypadek Dziecka zakwalifikowany jako wypadek ucznia:
 - a) w szkole lub w innej ustawowo określonej jednostce systemu oświaty (albo w innym miejscu wyznaczonym przez te placówki oświatowe), w związku z uczestnictwem w zajęciach szkolnych, podczas których realizowany jest program nauczania lub
 - b) w związku z uczestnictwem w zajęciach organizowanych w szkole, której jest uczniem, poza lekcjami i obowiązującym programem szkolnym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest pobyt Dziecka w Szpitalu, który rozpocznie się i będzie trwał w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Pobyt w Szpitalu może następować w wyniku:
 - 1) Choroby;
 - 2) Wypadku;
 - 3) Wypadku komunikacyjnego;
 - 4) Wypadku w szkole.
3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o:
 - 1) pobyt Dziecka na OIOM w wyniku Choroby;
 - 2) pobyt Dziecka na OIOM w wyniku Wypadku;
 - 3) pobyt Dziecka na Oddziale rehabilitacyjnym;
 - 4) pobyt Dziecka w Sanatorium;
 - 5) pobyt Dziecka na Oddziale psychiatrycznym Szpitala;
 - 6) Rekonwalescencję poszpitalną Dziecka;
 - 7) Świadczenie lekowe po pobycie Dziecka w Szpitalu.
4. Zakres ubezpieczenia uwzględniający przyczynę pobytu w Szpitalu oraz rozszerzenie zakresu ubezpieczenia zostaną potwierdzone w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu pobytu Dziecka w Szpitalu rozpoczyna się:
 - 1) w przypadku objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia – w dniu objęcia ochroną;
 - 2) w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o pobyt Dziecka na OIOM, na Oddziale rehabilitacyjnym, w Sanatorium, na Oddziale psychiatrycznym Szpitala, Rekonwalescencję poszpitalną lub Świadczenie lekowe – w dniu rozszerzenia ochronyi w każdym z powyższych przypadków jest ograniczona w okresie Karencji liczonej od ww. dni.
2. Nasza odpowiedzialność jest ograniczona do zdarzeń, które są następstwem Wypadku, Wypadku komunikacyjnego lub Wypadku w szkole w okresie:
 - 1) 1 miesiąca Karencji w zakresie pobytu w Szpitalu, pobytu na OIOM, Rekonwalescencji poszpitalnej, pobytu na Oddziale psychiatrycznym Szpitala;
 - 2) 3 miesięcy Karencji w zakresie pobytu w Sanatorium.

3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową pobyt dziecka w szpitalu albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,
 w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie wynikające z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie pobytu dziecka w szpitalu.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Dziecka 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) rozpoznaniem u Dziecka zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z (nie dotyczy zakresu ubezpieczenia obejmującego pobyt na Oddziale psychiatrycznym Szpitala);
- 5) prowadzeniem przez Dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) udziałem Dziecka w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) działaniem Dziecka 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 8) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Dziecko: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 9) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 10) pozostawianiem przez Dziecko:
 - a) na oddziale dziennym, w hospicjum, w zakładzie opiekuńczo-leczniczym, na oddziale medycyny paliatywnej,
 - b) w sanatorium, w szpitalu uzdrowiskowym (nie dotyczy zakresu ubezpieczenia obejmującego pobyt w Sanatorium),
 - c) na oddziale rehabilitacyjnym (nie dotyczy zakresu ubezpieczenia obejmującego pobyt na Oddziale rehabilitacyjnym),
 - d) na szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującą dalszą hospitalizacją (nie dotyczy zakresu ubezpieczenia obejmującego pobyt na Oddziale rehabilitacyjnym oraz pobyt w Sanatorium);
- 11) pełnieniem przez Dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
- 12) przeprowadzonymi u Dziecka operacjami plastycznymi-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji:
 - a) rekonstrukcyjnych będących następstwem Wypadków lub
 - b) wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym lub
 - c) w związku z chorobami nowotworowymi;
- 13) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

POBYT W SZPITALU

2. Jeżeli Dziecko będzie przebywać w Szpitalu, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia za każdy Dzień pobytu Dziecka w Szpitalu, obowiązującej na dzień rozpoczęcia pobytu w Szpitalu.
3. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że pobyt w Szpitalu Dziecka w wyniku:
 - 1) Choroby – będzie trwał co najmniej 4 dni;
 - 2) Wypadku – będzie trwał co najmniej 1 dzień;
 - 3) Wypadku komunikacyjnego – będzie trwał co najmniej 1 dzień;
 - 4) Wypadku w szkole – będzie trwał co najmniej 1 dzień.
4. Jeżeli pobyt Dziecka w Szpitalu, którego przyczyną będzie Choroba rozpocznie się w okresie Karencji, wypłacimy Ci Świadczenie wyłącznie za Dni pobytu Dziecka w Szpitalu przypadające po zakończeniu tego okresu.

5. Świadczenie z tytułu pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku Wypadku komunikacyjnego lub Wypadku w szkole przysługuje, pod warunkiem że:
 - 1) pobyt w Szpitalu rozpocznie się nie później niż 14 dni od wystąpienia Wypadku komunikacyjnego lub Wypadku w szkole oraz
 - 2) pobyt ten będzie pierwszym pobytem w Szpitalu spowodowanym danym Wypadkiem komunikacyjnym lub Wypadkiem w szkole oraz
 - 3) Wypadek komunikacyjny lub Wypadek w szkole wystąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
6. Za pierwszy pobyt w Szpitalu spowodowany Wypadkiem komunikacyjnym lub Wypadkiem w szkole nie uważa się wcześniejszego pobytu na oddziale ratunkowym (SOR) lub izbie przyjęć, nieskutkującego dalszą hospitalizacją związaną z tym samym Wypadkiem komunikacyjnym lub Wypadkiem w szkole.

POBYT NA OIOM

7. Jeżeli Dziecko będzie przebywać na OIOM, wypłacimy Ci Świadczenie jednorazowe za pobyt na OIOM w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na 1. dzień pobytu Dziecka na OIOM.
8. Świadczenie wypłacimy za pobyt na OIOM, który rozpocznie się w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
9. W przypadku kilkukrotnych pobytów Dziecka na OIOM w trakcie jednego nieprzerwanego pobytu w Szpitalu, Świadczenie przysługuje za jeden pobyt na OIOM.
10. Świadczenie z tytułu pobytu Dziecka na OIOM wypłacane jest niezależnie od Świadczenia z tytułu pobytu w Szpitalu.
11. Jeżeli przyczyną pobytu Dziecka na OIOM będzie Choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie Karencji i kończącego się po tym okresie.

POBYT NA ODDZIALE REHABILITACYJNYM

12. Jeżeli Dziecko będzie przebywać na Oddziale rehabilitacyjnym, wypłacimy Ci jednorazowe Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na 1. dzień pobytu Dziecka na Oddziale rehabilitacyjnym.
13. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że:
 - 1) pobyt rozpocznie się i będzie trwał co najmniej 4 dni w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia oraz
 - 2) będzie pierwszym pobytem na Oddziale rehabilitacyjnym po pobycie w Szpitalu, za który otrzymasz od nas Świadczenie.
14. Świadczenie za pobyt Dziecka na Oddziale rehabilitacyjnym otrzymasz od nas za jeden taki pobyt w Roku polisowym.

POBYT W SANATORIUM

15. Jeżeli Dziecko będzie przebywać w Sanatorium, wypłacimy Ci jednorazowe Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na 1. dzień pobytu Dziecka w Sanatorium.
16. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że:
 - 1) pobyt rozpocznie się w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia i będzie trwał co najmniej 7 dni oraz
 - 2) pobyt w Sanatorium będzie realizowany na podstawie skierowania wystawionego przez podmiot do tego uprawniony.
17. Świadczenie za pobyt Dziecka w Sanatorium otrzymasz od nas za jeden taki pobyt w Roku polisowym.
18. Jeżeli przyczyną pobytu w Sanatorium będzie Choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie Karencji i kończącego się po tym okresie.

REKONWALESCENCJA POSZPITALNA

19. Jeżeli Dziecko będzie przebywać na Rekonwalescencji poszpitalnej, wypłacimy Ci jednorazowe Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień rozpoczęcia przez Dziecko Rekonwalescencji poszpitalnej.
20. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że pobyt w Szpitalu będzie trwał w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia minimum 14 dni.
21. Jeżeli przyczyną Rekonwalescencji poszpitalnej Dziecka będzie Choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje Rekonwalescencji poszpitalnej rozpoczętej w okresie Karencji i kończącej się po tym okresie.

POBYT NA ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM SZPITALA

22. Jeżeli Dziecko będzie przebywać na Oddziale psychiatrycznym Szpitala, wypłacimy Ci jednorazowe Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na 1. dzień pobytu Dziecka na Oddziale psychiatrycznym Szpitala.
23. Świadczenie wypłacimy, pod warunkiem że pobyt rozpocznie się i będzie trwał co najmniej 4 dni w okresie naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
24. Świadczenie za pobyt Dziecka na Oddziale psychiatrycznym Szpitala otrzymasz od nas za jeden taki pobyt w Roku polisowym.
25. Jeżeli przyczyną pobytu Dziecka na Oddziale psychiatrycznym Szpitala będzie Choroba, ochrona ubezpieczeniowa nie obejmuje pobytu rozpoczętego w okresie Karencji i kończącego się po tym okresie.

ŚWIADCZENIE LEKOWE

26. Jeżeli Dziecko będzie przebywać w Szpitalu, wypłacimy Ci dodatkowo jednorazowe Świadczenie lekowe w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej 1. na dzień pobytu Dziecka w Szpitalu.
27. Świadczenie lekowe wypłacimy, pod warunkiem że:
 - 1) Dziecko będzie przebywać w Szpitalu w wyniku Choroby co najmniej 4 dni albo w wyniku Wypadku, Wypadku komunikacyjnego lub Wypadku w szkole co najmniej 1 dzień;

- 2) otrzymasz od nas Świadczenie z tytułu pobytu Dziecka w Szpitalu.
28. Świadczenie lekowe otrzymasz od nas maksymalnie za 3 rozpoczęte pobyty Dziecka w Szpitalu w Roku polisowym.

POSTANOWIENIA WSPÓLNE DLA WSZYSTKICH ŚWIADCZEŃ

29. Wyplacimy Świadczenie z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, jeżeli będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Chorobą, Wypadkiem, Wypadkiem komunikacyjnym lub Wypadkiem w szkole a pobytem Dziecka w Szpitalu.
30. Jeżeli pobyt Dziecka w Szpitalu, rozpocznie się w okresie obowiązywania Poprzedniej umowy ubezpieczenia, a zakończy w trakcie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, Świadczenie przysługuje wyłącznie za pobyt przypadający w okresie trwania naszej odpowiedzialności, pod warunkiem że:
- 1) pobyt w Szpitalu w wyniku Choroby będzie trwał co najmniej 4 dni;
 - 2) zostaną doręczone nam, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, dokumenty potwierdzające zakres ochrony oraz data zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym w zakresie pobytu dziecka w szpitalu.
31. Jeżeli pobyt Dziecka w Szpitalu, na OIOM, Oddziale rehabilitacyjnym, Oddziale psychiatrycznym lub w Sanatorium rozpocznie się w okresie obowiązywania tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, a zakończy po jego upływie, Świadczenie przysługuje:
- 1) w przypadku pobytu Dziecka w Szpitalu w wyniku Choroby – wyłącznie za dni pobytu w szpitalu przypadające w okresie naszej odpowiedzialności, jeżeli pobyt będzie trwał co najmniej 4 dni;
 - 2) w przypadku pobytu Dziecka na Oddziale psychiatrycznym Szpitala – jeżeli pobyt będzie trwał co najmniej 4 dni;
 - 3) w przypadku pobytu Dziecka w Sanatorium – jeżeli pobyt będzie trwał co najmniej 7 dni.
32. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej leczenia szpitalnego/sanatoryjnego Dziecka;
 - 4) skierowania do Sanatorium w przypadku pobytu Dziecka w Sanatorium;
 - 5) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących operacji dziecka w wyniku choroby lub wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 6 OWDU, Katalog operacji, Katalog powikłań operacji Dziecka
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 4, § 5, § 6 ust. 4–6 OWDU, Katalog operacji, Katalog powikłań operacji Dziecka

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące operacji dziecka w wyniku choroby lub wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „Dziecko”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących operacji dziecka w wyniku choroby lub wypadku 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Choroba** – stwierdzone przez lekarza schorzenie lub nieprawidłowość, powodujące zaburzenia w funkcjonowaniu organizmu, niezależne od woli Dziecka, uzasadniające przeprowadzenie u Dziecka Operacji;
 - 2) **Dziecko** – Twoje własne dziecko, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica lub dziecko przez Ciebie przysposobione, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 3. miesiąc życia i nie ukończyło 25. roku życia;
 - 3) **Katalog operacji** – wykaz Operacji oraz odpowiadające im poziomy skali trudności od 1 (Operacje najlżejsze) do 5 (Operacje najcięższe), stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 4) **Katalog powikłań operacji Dziecka** – wykaz Powikłań operacji oraz odpowiadające im poziomy trudności od 1 (Powikłania operacji najlżejsze) do 4 (Powikłania operacji najcięższe), stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 5) **Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Dziecka na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 6) **Operacja** – operacja chirurgiczna wykonana w Placówce medycznej przez zespół lekarzy/lekarza o specjalności zabiegowej, mająca na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania lub 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;
 - 7) **Powikłania operacji** – nieplanowany wynik Operacji wykonanej w trakcie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, powodujący uszkodzenie lub dysfunkcję organu, narządu lub układu, niewystępujących przed Operacją. Zakres ochrony obejmuje wyłącznie Powikłania operacji określone w Katalogu powikłań operacji Dziecka, które wystąpią w ciągu 3 miesięcy po wykonanej Operacji;
 - 8) **Placówka medyczna** – miejsce wykonywania Operacji, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta. Przez Placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia;

- 9) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Dziecka, o charakterze losowym, które było przyczyną przeprowadzenia u Dziecka Operacji.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest przeprowadzenie u Dziecka:
 - 1) Operacji w wyniku Choroby lub Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - a) Operacja zostanie przeprowadzona w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia,
 - b) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Chorobą lub Wypadkiem a przeprowadzoną u Dziecka Operacją,
 - c) Operacja znajduje się w Katalogu operacji;
 - 2) Operacji mającej na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania wymienionej w Katalogu operacji w zakresie sekcji R „operacje prewencyjne”, w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. W zależności od poziomu Operacji wskazanym w Katalogu operacji, wypłacimy Świadczenie w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 5% Sumy ubezpieczenia;
 - 2) poziom 2 – 10% Sumy ubezpieczenia;
 - 3) poziom 3 – 30% Sumy ubezpieczenia;
 - 4) poziom 4 – 50% Sumy ubezpieczenia;
 - 5) poziom 5 – 100% Sumy ubezpieczenia.
3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o Powikłania operacji Dziecka, które nastąpiły w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, zgodnie z którymi za Powikłania operacji wskazane w Katalogu powikłań operacji Dziecka, w zależności od ich poziomu, wypłacimy Świadczenie w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 15% Sumy ubezpieczenia;
 - 2) poziom 2 – 30% Sumy ubezpieczenia;
 - 3) poziom 3 – 50% Sumy ubezpieczenia;
 - 4) poziom 4 – 100% Sumy ubezpieczenia.
4. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Dziecka Operacji rozpoczyna się:
 - 1) w przypadku objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia – w dniu objęcia ochroną;
 - 2) w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Powikłania operacji – w dniu rozszerzenia ochronyi w każdym z powyższych przypadków jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji, liczonym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia lub rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o Powikłania operacji Dziecka, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do Operacji lub Powikłań operacji, których przeprowadzenie będzie następstwem Wypadku.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia lub poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie wynikające z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie pod warunkiem, że poprzednia ochrona ubezpieczeniowa obejmowała:
 - 1) operacje dziecka – w przypadku zgłoszenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Operacji Dziecka;
 - 2) powikłania operacji dziecka – w przypadku zgłoszenia wniosku o wypłatę Świadczenia z tytułu Powikłań operacji Dziecka.W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony oraz datę zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie operacji dziecka lub powikłań operacji dziecka.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 6 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Dziecka 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) rozpoznany u Dziecka zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) wypadkiem lotniczym, jeżeli Dziecko nie było członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;

- 7) udziałem Dziecka w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 8) działaniem Dziecka 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Dziecko: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) pełnieniem przez Dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
- 12) przeprowadzonymi u Dziecka operacjami w celach diagnostycznych;
- 13) przeprowadzonymi u Dziecka operacjami zmniejszenia lub powiększenia piersi (z wyjątkiem wskazań medycznych) lub przeprowadzeniem operacji korekty płci;
- 14) przeprowadzonymi u Dziecka operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji:
 - a) rekonstrukcyjnych będących następstwem Wypadków lub
 - b) wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym lub
 - c) w związku z chorobami nowotworowymi;
- 15) przeprowadzonymi u Dziecka operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych będących następstwem Wypadków;
- 16) przeprowadzonymi u Dziecka operacjami mającymi na celu zmniejszenie ryzyka zachorowania, niewymienionymi w Katalogu operacji w zakresie sekcji R „operacje prewencyjne”;
- 17) wadami wrodzonymi i schorzeniami będącymi ich skutkiem.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

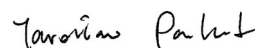
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zostanie u Dziecka przeprowadzona Operacja w wyniku Choroby lub Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Operacji.
3. Jeżeli wystąpi u Dziecka Powikłanie operacji, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia ustalonego w oparciu o Katalog powikłań operacji Dziecka, obowiązującej na dzień stwierdzenia Powikłania operacji.
4. Jeżeli w trakcie jednego zabiegu została wykonana u Dziecka więcej niż jedna Operacja, wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie w wysokości odpowiadającej najcięższej Operacji.
5. Wypłacimy Świadczenie maksymalnie za 3 Operacje Dziecka przeprowadzone w Roku polisowym.
6. Jeżeli zostanie u Dziecka 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.
7. Mamy prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
8. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmujemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej z Placówki medycznej potwierdzającej wykonanie Operacji u Dziecka;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących operacji dziecka w wyniku wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU, Katalog operacji
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–5 OWDU, Katalog operacji

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące operacji dziecka w wyniku wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia,
- Pakietu dodatkowego „Dziecko”.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących operacji dziecka w wyniku wypadku stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Dziecko** – Twoje własne dziecko, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica lub dziecko przez Ciebie przysposobione, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 3. miesiąc życia i nie ukończyło 25. roku życia;
 - Katalog operacji** – wykaz Operacji oraz odpowiadające im poziomy skali trudności od 1 (Operacje najłżejsze) do 5 (Operacje najcięższe), stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Dziecka na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 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;
 - Placówka medyczna** – miejsce wykonywania Operacji, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta. Przez Placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia;
 - Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Dziecka, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Dziecka, o charakterze losowym, które było przyczyną przeprowadzenia u Dziecka Operacji.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

- Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest przeprowadzenie u Dziecka Operacji w wyniku Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - Operacja zostanie przeprowadzona w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a przeprowadzoną u Dziecka Operacją;
 - Operacja znajduje się w Katalogu operacji.

2. W zależności od poziomu Operacji wskazanym w Katalogu Operacji, wypłacimy Świadczenie w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 5% Sumy ubezpieczenia;
 - 2) poziom 2 – 10% Sumy ubezpieczenia;
 - 3) poziom 3 – 30% Sumy ubezpieczenia;
 - 4) poziom 4 – 50% Sumy ubezpieczenia;
 - 5) poziom 5 – 100% Sumy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Dziecka Operacji rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Dziecka 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) rozpoznaniem u Dziecka zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) wypadkiem lotniczym, jeżeli Dziecko nie było pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 7) udziałem Dziecka w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 8) działaniem Dziecka 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Dziecko: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) pełnieniem przez Dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
- 12) przeprowadzonymi u Dziecka operacjami w celach diagnostycznych;
- 13) przeprowadzonymi u Dziecka operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji:
 - a) rekonstrukcyjnych będących następstwem Wypadków lub
 - b) wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym;
- 14) przeprowadzonymi u Dziecka operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych będących następstwem Wypadków.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

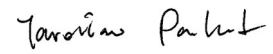
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zostanie u Dziecka przeprowadzona Operacja w wyniku Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Operacji.
3. Jeżeli w trakcie jednego zabiegu została u Dziecka wykonana więcej niż jedna Operacja, wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie w wysokości odpowiadającej najcięższej Operacji.
4. Wypłacimy Świadczenie maksymalnie za 3 Operacje przeprowadzone w Roku polisowym.
5. Jeżeli zostanie u Dziecka 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.
6. Mamy prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej z Placówki medycznej potwierdzającej wykonanie Operacji u Dziecka;
 - 4) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących operacji dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 6 OWDU, Katalog operacji
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6 ust. 3–5 OWDU, Katalog operacji

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące operacji dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących operacji dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Dziecko** – Twoje własne dziecko, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica lub dziecko przez Ciebie przysposobione, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 3. miesiąc życia i nie ukończyło 25. roku życia;
 - Katalog operacji** – wykaz Operacji oraz odpowiadające im poziomy skali trudności od 1 (Operacje najłżejsze) do 5 (Operacje najcięższe), stanowiący załącznik do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - Komisja lekarska** – powołany przez nas lekarz (lub zespół lekarzy) wydający opinię w sprawie stanu zdrowia Dziecka na podstawie dokumentacji medycznej lub osobistego badania;
 - 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;
 - Placówka medyczna** – miejsce wykonywania Operacji, spełniające kryteria medyczne i prawne dla zachowania odpowiedniego bezpieczeństwa pacjenta. Przez Placówkę medyczną rozumie się również placówkę chirurgii jednego dnia;
 - Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny w rozumieniu ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze, z późn. zm., należące do przewoźnika lotniczego działającego zgodnie z przepisami tej ustawy, posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;
 - 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 ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o żegludze śródlądowej, z późn. zm. oraz ustawy z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski, z późn. zm., posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją Statku wodnego;
 - Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, któremu Dziecko uległo jako:
 - kierowca, pasażer, uczestnik ruchu, członek załogi lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),

- b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.
- Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest przeprowadzenie u Dziecka Operacji w wyniku Wypadku komunikacyjnego, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Operacja zostanie przeprowadzona w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 2) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a przeprowadzoną u Dziecka Operacją;
 - 3) Operacja znajduje się w Katalogu operacji.
2. W zależności od poziomu Operacji wskazanym w Katalogu operacji, wypłacimy Świadczenie w następującej wysokości:
 - 1) poziom 1 – 5% Sumy ubezpieczenia;
 - 2) poziom 2 – 10% Sumy ubezpieczenia;
 - 3) poziom 3 – 30% Sumy ubezpieczenia;
 - 4) poziom 4 – 50% Sumy ubezpieczenia;
 - 5) poziom 5 – 100% Sumy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu przeprowadzenia u Dziecka Operacji w wyniku Wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Dziecko;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Dziecka 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) rozpoznaniem u Dziecka zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Dziecko pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) wypadkiem lotniczym, jeżeli Dziecko nie było pasażerem lub członkiem załogi samolotu licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 7) udziałem Dziecka w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotniarstwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 8) działaniem Dziecka 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Dziecko: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Dziecko lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową;
- 11) pełnieniem przez Dziecko służby wojskowej w jakimkolwiek kraju;
- 12) przeprowadzonymi u Dziecka operacjami w celach diagnostycznych;
- 13) przeprowadzonymi u Dziecka operacjami plastyczno-kosmetycznymi, z wyjątkiem operacji:
 - a) rekonstrukcyjnych będących następstwem Wypadków lub
 - b) wskazanych przez lekarza po zabiegu medycznym;
- 14) przeprowadzonymi u Dziecka operacjami stomatologicznymi, z wyjątkiem operacji rekonstrukcyjnych będących następstwem Wypadków.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

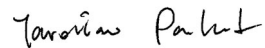
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli zostanie u Dziecka przeprowadzona Operacja w wyniku Wypadku komunikacyjnego, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości odpowiedniego procentu Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień przeprowadzenia Operacji.
3. Jeżeli w trakcie jednego zabiegu została u Dziecka wykonana więcej niż jedna Operacja, wypłacimy Ci tylko jedno Świadczenie w wysokości odpowiadającej najcięższej Operacji.
4. Wypłacimy Świadczenie maksymalnie za 3 Operacje przeprowadzone w Roku polisowym.
5. Jeżeli zostanie u Dziecka 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.
6. Mamy prawo skierować Dziecko na dodatkowe badania lekarskie, również przed Komisję lekarską, celem ustalenia zasadności wypłaty Świadczenia lub jego wysokości. Pokryjemy koszt tych badań.
7. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) kopii karty informacyjnej z Placówki medycznej potwierdzającej wykonanie Operacji Dziecka;
 - 4) kopii dokumentacji potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących drugiej opinii medycznej dziecka

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3, § 5, § 7 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3, § 4, § 5, § 6, § 7 ust. 8–9 i ust. 11 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące drugiej opinii medycznej dziecka

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących drugiej opinii medycznej dziecka stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Dziecko** – Twoje własne dziecko, którego urodzenie zostało potwierdzone aktem urodzenia wskazującym Ciebie jako rodzica lub dziecko przez Ciebie przysposobione, zgodnie z Kodeksem rodzinnym i opiekuńczym, które w dniu zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego ukończyło 3. miesiąc życia i nie ukończyło 25. roku życia;
 - Druga opinia medyczna** – pisemna opinia Lekarza konsultanta, wydawana na wniosek Dziecka albo jego opiekuna prawnego, która oparta jest na analizie dokumentacji medycznej dotyczącej zdrowia Dziecka, w zakresie poprawności ustalonej przez Lekarza prowadzącego diagnozy choroby, podjętego leczenia, jeżeli Dziecko lub jego opiekun prawny wyrazi taką prośbę – rokowania co do możliwości wyleczenia oraz jeżeli lekarz konsultant stwierdzi, iż sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony – propozycję planu leczenia;
 - Lekarz konsultant** – lekarz medycyny, praktykujący poza terytorium Polski, o specjalności lekarskiej i doświadczeniu zawodowym właściwym dla specyfiki danej choroby, który sporządza Drugą opinię medyczną;
 - Lekarz prowadzący** – lekarz, który prowadzi leczenie Dziecka w związku z chorobą;
 - Świadczenie** – w razie zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego świadczenie spełniane przez nas na rzecz Dziecka;
 - Świadczeniodawca** – podmiot, z którym zawarliśmy umowę dotyczącą realizacji Świadczeń w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest zdiagnozowanie choroby u Dziecka, które nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

- Nasza odpowiedzialność z tytułu Drugiej opinii medycznej Dziecka rozpoczyna się w dniu objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.
- Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 Jaki jest zakres Świadczeń w ramach Drugiej opinii medycznej

1. Zakres ochrony ubezpieczeniowej obejmuje:
 - 1) wydanie opinii dotyczącej postawionej przez Lekarza prowadzącego diagnozy choroby i dotychczas prowadzonego leczenia;
 - 2) udzielenie odpowiedzi na zadane przez Dziecko lub jego opiekuna prawnego pytania w związku z opiniowaną chorobą i stanem zdrowia Dziecka;
 - 3) propozycję planu leczenia – jeżeli zdaniem Lekarza konsultanta zastosowany sposób leczenia powinien zostać zmieniony lub uzupełniony;
 - 4) rokowania co do możliwości wyleczenia – jeżeli Dziecko lub jego opiekun prawny wyrazi taką prośbę we wniosku o wydanie Drugiej opinii medycznej.
2. Świadczeniodawca pokrywa koszt sporządzenia i wydania dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia Dziecka przez Lekarza prowadzącego.
3. Nasza odpowiedzialność nie obejmuje kosztu wizyt lekarskich i badań diagnostycznych zaleconych w Drugiej opinii medycznej.

§ 6 W jakich sytuacjach nie zrealizujemy Świadczenia

W tej Dodatkowej umowie ubezpieczenia nie stosujemy wyłączeń odpowiedzialności.

§ 7 Jakie są zasady realizacji Świadczenia

1. Zasady realizacji Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. W ramach Drugiej opinii medycznej, za pośrednictwem Świadczeniodawcy:
 - 1) poinformujemy Dziecko lub jego opiekuna prawnego o niezbędnej dokumentacji medycznej, umożliwiającej sporządzenie Drugiej opinii medycznej i w razie potrzeby zobowiązujemy się do zapewnienia pomocy w zebraniu tych dokumentów;
 - 2) przetłumaczymy zebraną dokumentację na język angielski;
 - 3) prześlemy zebraną dokumentację do Lekarza konsultanta specjalizującego się w danym schorzeniu;
 - 4) zapewnimy sporządzenie Drugiej opinii medycznej przez Lekarza konsultanta i jej przetłumaczenie na język polski;
 - 5) dostarczymy Dziecku lub jego opiekunowi prawnemu Drugą opinię medyczną lub na pisemny wniosek Dziecka lub jego opiekuna prawnego – Lekarzowi prowadzącemu.
3. W celu uzyskania Drugiej opinii medycznej Dziecko lub jego opiekun prawny powinien skontaktować się telefonicznie ze Świadczeniodawcą pod numerem telefonu wskazanym w Certyfikacie (koszt połączenia zgodnie z taryfą operatora).
4. Podczas telefonicznego zgłoszenia Dziecko lub jego opiekun prawny powinien podać następujące informacje:
 - 1) imię i nazwisko Dziecka oraz Twoje;
 - 2) numer PESEL Dziecka oraz Twój;
 - 3) adres zamieszkania;
 - 4) numer Polisy;
 - 5) numer telefonu oraz adres e-mail do kontaktu zwrotnego;
 - 6) krótki opis dotyczący zdiagnozowanej choroby.
5. Abyśmy mogli dostarczyć Drugą opinię medyczną, Dziecko lub jego opiekun prawny powinien zapewnić dostęp lub dostarczyć do Świadczeniodawcy wszystkie wymagane dokumenty, w szczególności:
 - 1) dokumentację medyczną dotyczącą zdiagnozowanej choroby;
 - 2) badania diagnostyczne uznane przez Lekarza konsultanta jako niezbędne do sporządzenia Drugiej opinii medycznej (nie pokrywamy kosztu tych badań);
 - 3) dokumentację medyczną dotyczącą leczenia zdiagnozowanej choroby z ostatnich 12 miesięcy licząc od zgłoszenia wydania Drugiej opinii medycznej;
 - 4) formularze, o których wypełnienie zwrócił się do Dziecka lub jego opiekuna prawnego Świadczeniodawca;
 - 5) pisemną zgodę na zasięganie informacji od podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, które udzielały Dziecku świadczeń zdrowotnych w zakresie opiniowanej choroby;
 - 6) pisemną zgodę na przekazywanie danych medycznych Dziecka do Lekarza konsultanta w celu uzyskania Drugiej opinii medycznej.
6. Świadczeniodawca przekaze Dziecku lub jego opiekunowi prawnemu informację o trzech placówkach medycznych działających poza terytorium Polski, specjalizujących się w danej jednostce chorobowej odpowiadającej chorobie zdiagnozowanej u Dziecka. Lekarz konsultant z wybranej przez Dziecko lub jego opiekuna prawnego placówki medycznej wyda Drugą opinię medyczną.
7. Druga opinia medyczna zostanie sporządzona i wysłana do Dziecka lub jego opiekuna prawnego w sposób uzgodniony z Dzieckiem lub jego opiekunem prawnym (pocztą na adres zamieszkania lub na adres poczty elektronicznej).
8. Zarówno my, jak i Świadczeniodawca nie jesteśmy zobowiązani do dostarczenia Drugiej opinii medycznej, w przypadku, gdy Lekarz prowadzący nie udostępni kopii dokumentacji medycznej i wyników badań dotyczących choroby Dziecka. W przypadku, gdy Świadczeniodawca nie będzie w stanie zebrać dokumentacji medycznej dotyczącej choroby Dziecka od Lekarza prowadzącego lub podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielały Dziecku świadczeń zdrowotnych, Dziecko lub jego opiekun prawny będzie zobowiązany do samodzielnego dostarczenia tej dokumentacji i wyników badań.
9. Dziecko ma prawo do jednego Świadczenia z tytułu Drugiej opinii medycznej w stosunku do zdiagnozowania tej samej choroby. W przypadku pogorszenia stanu zdrowia, związanego z chorobą, dla której wydana została Druga opinia medyczna, które zostanie potwierdzone nowymi wynikami badań diagnostycznych, Dziecku przysługuje kolejna Druga opinia medyczna, jeżeli Dziecko lub jego opiekun prawny o nią zawnioskuje.
10. Informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej są opinią uzupełniającą w stosunku do opinii wydanej przez Lekarza prowadzącego, a zakres wykorzystania Drugiej opinii medycznej powinien zostać uzgodniony z Lekarzem prowadzącym.

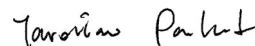
11. Zarówno my, jak i Świadczeniodawca nie odpowiadamy za skutki jakichkolwiek działań lub zaniechania działań podjętych w oparciu o informacje zawarte w Drugiej opinii medycznej oraz za skuteczność i skutki wdrożenia proponowanych przez Lekarzy konsultantów planów leczenia.

§ 8 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziłmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo rodzica partnera

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–2, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:
• podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera stosuje się w Dodatkowych umowach ubezpieczenia, stanowiących uzupełnienie ochrony udzielanej w ramach Podstawowej umowy ubezpieczenia.

§ 2 Co oznaczają użyte przez nas zwroty

- Użyte przez nas zwroty mają znaczenie określone w Podstawowej umowie ubezpieczenia. Jeżeli to samo pojęcie zdefiniowane jest w Podstawowej umowie ubezpieczenia oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
- Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - Rodzic** – oznacza:
 - Twojego biologicznego ojca lub Twoją biologiczną matkę lub
 - osobę, która Cię przysposobiła lub
 - Twojego ojczyma albo Twoją macochę, jeżeli nie żyje odpowiednio Twój biologiczny ojciec lub Twoja biologiczna matka – rozumianych jako osobę, która:
 - w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio Twoim biologicznym ojcem lub Twoją biologiczną matką lub
 - jest wdową/wdowcem po Twoim biologicznym rodzicu, o ile nie zawarła ponownie związku małżeńskiego;
 - Rodzic Małżonka albo Partnera** – oznacza:
 - biologicznego ojca lub biologiczną matkę Małżonka albo Partnera lub
 - osobę, która przysposobiła Małżonka albo Partnera lub
 - ojczyma albo macochę Małżonka albo Partnera, jeżeli nie żyje odpowiednio jej/jego biologiczny ojciec lub biologiczna matka – rozumianych jako osobę, która:
 - w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio biologicznym ojcem lub biologiczną matką Małżonka albo Partnera lub
 - jest wdową/wdowcem po biologicznym rodzicu Małżonka albo Partnera, o ile nie zawarła ponownie związku małżeńskiego,
 - w przypadku zmarłego Małżonka albo Partnera – jego biologicznego rodzica, o ile na dzień śmierci rodzica Małżonka albo Partnera nie zawarłaś/eś ponownie związku małżeńskiego, nie pozostawałaś/eś w związku partnerskim ani nie byłaś/eś wskazana/y jako Partner przez inną osobę;
 - Wypadek** – zdarzenie nagle, niezależne od woli i stanu zdrowia Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

- Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest śmierć Twojego Rodzica, która nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia.

2. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o śmierć Rodzica Twojego Małżonka albo Partnera. W takim przypadku postanowienia tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące Twojego Rodzica mają odpowiednie zastosowanie do Rodzica Twojego Małżonka albo Partnera.
3. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Rodzica rozpoczyna się:
 - 1) w przypadku objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia – w dniu objęcia ochroną;
 - 2) w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o śmierć Rodzica Małżonka albo Partnera – w dniu rozszerzenia ochrony,i w każdym z powyższych przypadków jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji.
2. W okresie Karencji licznym od daty objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, nasza odpowiedzialność ograniczona jest do śmierci Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera, która jest następstwem Wypadku.
3. Jeżeli przed przystąpieniem do tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia, byłeś/eś objęta/y ochroną w ramach:
 - 1) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, która w swoim zakresie ochrony zawierała umowę dodatkową śmierć rodzica lub rodzica małżonka albo partnera albo
 - 2) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia,w okresie Karencji wypłacimy Świadczenie w niższej wysokości wynikającej z porównania wysokości sumy ubezpieczenia obowiązującej w Poprzedniej umowie ubezpieczenia lub poprzednim Wariantcie ubezpieczenia, z wysokością Sumy ubezpieczenia z obowiązującej na dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego Umowy ubezpieczenia lub Wariantu ubezpieczenia po jego zmianie. W przypadku Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, na etapie rozpatrywania wniosku o wypłatę Świadczenia, muszą zostać nam doręczone dokumenty potwierdzające zakres ochrony wraz z wysokością sumy ubezpieczenia oraz datą zakończenia Twojej ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera.
4. Jeżeli podwyższysz Sumę ubezpieczenia w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w wyniku zmiany wariantu Pakietu dodatkowego lub rozszerzenia ochrony o Pakiet dodatkowy, przez okres 6 miesięcy Karencji, liczony od daty podwyższenia, wypłacimy Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia, jaka obowiązywała przed jej podwyższeniem.
5. Jeżeli w trakcie trwania ochrony ubezpieczeniowej zgłosisz Partnera albo zmienisz Partnera, nasza odpowiedzialność względem Rodzica zgłoszonego lub zmienionego Partnera, rozpoczyna się od 1. dnia miesiąca kalendarzowego następującego po dniu ww. zgłoszenia albo zmiany i jest ograniczona w okresie 6 miesięcy Karencji, licznym od daty zgłoszenia lub zmiany Partnera. W okresie Karencji wypłacimy Świadczenie, jeżeli śmierć Rodzica Partnera została spowodowana Wypadkiem.
6. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

W tej Dodatkowej umowie ubezpieczenia nie stosujemy wyłączeń odpowiedzialności.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

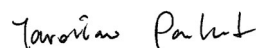
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Twój Rodzic lub Rodzic Twojego Małżonka albo Partnera umrze, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera, z uwzględnieniem sytuacji, w których mają zastosowanie zapisy dotyczące wypłaty Świadczenia w niższej wysokości, wynikające z porównania Sum ubezpieczenia.
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera;
 - 4) dokumentu potwierdzającego pokrewieństwo w przypadku śmierci Rodzica Małżonka;
 - 5) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Rodzic** – oznacza:
 - a) Twojego biologicznego ojca lub Twoją biologiczną matkę lub
 - b) osobę, która Cię przysposobiła lub
 - c) Twojego ojczyma albo Twoją macochę, jeżeli nie żyje odpowiednio Twój biologiczny ojciec lub Twoja biologiczna matka – rozumianych jako osobę, która:
 - i. w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio Twoim biologicznym ojcem lub Twoją biologiczną matką lub
 - ii. jest wdową/wdowcem po Twoim biologicznym rodzicu, o ile nie zawarła ponownie związku małżeńskiego;
 - 2) **Rodzic Małżonka albo Partnera** – oznacza:
 - a) biologicznego ojca lub biologiczną matkę Małżonka albo Partnera lub
 - b) osobę, która przysposobiła Małżonka albo Partnera lub
 - c) ojczyma albo macochę Małżonka albo Partnera, jeżeli nie żyje odpowiednio jej/jego biologiczny ojciec lub biologiczna matka – rozumianych jako osobę, która:
 - i. w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio biologicznym ojcem lub biologiczną matką Małżonka albo Partnera lub
 - ii. jest wdową/wdowcem po biologicznym rodzicu Małżonka albo Partnera, o ile nie zawarła ponownie związku małżeńskiego,
 - d) w przypadku zmarłego Małżonka albo Partnera – jego biologicznego rodzica, o ile na dzień śmierci rodzica Małżonka albo Partnera nie zawarłaś/eś ponownie związku małżeńskiego, nie pozostawałaś/eś w związku partnerskim ani nie byłaś/eś wskazana/y jako Partner przez inną osobę;
 - 3) **Wypadek** – zdarzenie nagłe, niezależne od woli i stanu zdrowia Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera, wywołane wyłącznie przyczyną zewnętrzną, pochodzącą spoza organizmu Rodzica, o charakterze losowym.

§ 3 Co obejmuje ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest śmierć Twojego Rodzica w wyniku Wypadku, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Wypadek nastąpi w okresie trwania:
 - a) naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo
 - b) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, jeżeli zawierała w swoim zakresie śmierć rodzica w wyniku wypadku albo
 - c) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Rodzica nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 3) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem a śmiercią Rodzica.
2. Jeżeli Wypadek, który będzie przyczyną śmierci Rodzica nastąpi w okresie obejmowania Cię ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, warunkiem wypłaty Świadczenia jest doręczenie nam, na etapie jego rozpatrywania, dokumentów potwierdzających okres trwania i zakres ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci rodzica w wyniku wypadku.
3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o śmierć Rodzica Twojego Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku. W takim przypadku postanowienia tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące Twojego Rodzica mają odpowiednie zastosowanie do Rodzica Twojego Małżonka albo Partnera.
4. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Rodzica w wyniku Wypadku rozpoczyna się:
 - 1) w przypadku objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia – w dniu objęcia ochroną;
 - 2) w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o śmierć Rodzica Małżonka albo Partnera – w dniu rozszerzenia ochrony.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleceniem lub okaleceniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera 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) rozpoznaniem u Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) udziałem Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotnictwo, motoparalotnictwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) wypadkiem lotniczym, jeżeli Rodzic lub Rodzic Małżonka albo Partnera nie był pasażerem lub członkiem załogi samolotu innego niż samolot licencjonowanych linii lotniczych lub statku powietrznego służb publicznych, w tym śmigłowca wykorzystywanego do celów ratowniczych lub porządkowych;
- 8) działaniem Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;
- 9) zatruciem się lub schorzeniami wynikającymi z zażywania przez Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera: alkoholu, środków odurzających, substancji psychotropowych, środków zastępczych, nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii) lub leków niezgodnie z zaleceniami lekarza lub ulotką;
- 10) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Twój Rodzic lub Rodzic Małżonka albo Partnera umrze w wyniku Wypadku, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera.

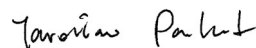
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
- 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera;
 - 5) dokumentu potwierdzającego pokrewieństwo w przypadku śmierci Rodzica Małżonka;
 - 6) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Informacje zawarte w Ogólnych warunkach dodatkowego ubezpieczenia dotyczących śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego

Rodzaj informacji	Numer zapisu z OWU i OWDU
1. Przesłanki wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub wartości wykupu ubezpieczenia	§ 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 6 OWDU
2. Ograniczenia oraz wyłączenia odpowiedzialności zakładu ubezpieczeń uprawniające do odmowy wypłaty odszkodowania i innych świadczeń lub ich obniżenia	§ 21 ust. 6 i ust. 14 OWU § 2 ust. 2, § 3 ust. 1–3, § 4, § 5 OWDU

Ogólne warunki dodatkowego ubezpieczenia dotyczące śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego

Dodatkowa umowa ubezpieczenia dostępna w ramach:

- podstawowego Wariantu ubezpieczenia.

§ 1 Postanowienia ogólne

Postanowienia OWDU dotyczących śmierci rodzica lub rodzica małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego 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 oraz w OWDU, stosuje się definicję zawartą w OWDU.
2. Użyte przez nas w OWDU zwroty oznaczają:
 - 1) **Rodzic** – oznacza:
 - a) Twojego biologicznego ojca lub Twoją biologiczną matkę lub
 - b) osobę, która Cię przysposobiła lub
 - c) Twojego ojczyma albo Twoją macochę, jeżeli nie żyje odpowiednio Twój biologiczny ojciec lub Twoja biologiczna matka – rozumianych jako osobę, która:
 - i. w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio Twoim biologicznym ojcem lub Twoją biologiczną matką lub
 - ii. jest wdową/wdowcem po Twoim biologicznym rodzicu, o ile nie zawarła ponownie związku małżeńskiego;
 - 2) **Rodzic Małżonka albo Partnera** – oznacza:
 - a) biologicznego ojca lub biologiczną matkę Małżonka albo Partnera lub
 - b) osobę, która przysposobiła Małżonka albo Partnera lub
 - c) ojczyma albo macochę Małżonka albo Partnera, jeżeli nie żyje odpowiednio jej/jego biologiczny ojciec lub biologiczna matka – rozumianych jako osobę, która:
 - i. w dniu śmierci pozostawała w związku małżeńskim z odpowiednio biologicznym ojcem lub biologiczną matką Małżonka albo Partnera lub
 - ii. jest wdową/wdowcem po biologicznym rodzicu Małżonka albo Partnera, o ile nie zawarła ponownie związku małżeńskiego,
 - d) w przypadku zmarłego Małżonka albo Partnera – jego biologicznego rodzica, o ile na dzień śmierci rodzica Małżonka albo Partnera nie zawarłaś/eś ponownie związku małżeńskiego, nie pozostawałaś/eś w związku partnerskim ani nie byłaś/eś wskazana/y jako Partner przez inną osobę;
 - 3) **Statek powietrzny** – urządzenie zdefiniowane jako statek powietrzny w rozumieniu ustawy z dnia 3 lipca 2002 r. – Prawo lotnicze, z późn. zm., należące do przewoźnika lotniczego działającego zgodnie z przepisami tej ustawy, posiadające aktualne dokumenty potwierdzające zdolność statku powietrznego do przewozów lotniczych;

- 4) **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 ustawy z dnia 21 grudnia 2000 r. o żegludze śródlądowej, z późn. zm. oraz ustawy z dnia 18 września 2001 r. – Kodeks morski, z późn. zm., posiadające dokumenty rejestracyjne w myśl obowiązujących przepisów. Statek użytkowany w celach sportowych nie jest objęty definicją Statku wodnego;
- 5) **Wypadek komunikacyjny** – wypadek zgłoszony na policję lub potwierdzony w dokumentacji prowadzonej przez straż miejską, sąd, prokuraturę, któremu Rodzic lub Rodzic Małżonka albo Partnera uległ jako:
- a) kierowca, pasażer, uczestnik ruchu, członek załogi lub pieszy – w związku z ruchem lądowym pojazdów silnikowych, rowerzystów, motorowerzystów, hulajnóg elektrycznych, urządzeń transportu osobistego w rozumieniu przepisów o ruchu drogowym oraz pojazdów szynowych (w tym również tramwaju, pociągu, metra, kolei linowej i linowo-szynowej),
 - b) pasażer, osoba kierująca lub członek załogi – w związku z ruchem wodnym pojazdów pływających z udziałem Statku wodnego,
 - c) pasażer lub członek załogi – w związku z ruchem lotniczym Statków powietrznych.
- Definicja Wypadku komunikacyjnego nie obejmuje wypadku powstałego w związku z ruchem urządzeń wspomagających ruch.

§ 3 Co obejmujemy ochroną

1. Zakres ubezpieczenia obejmuje Zdarzenie ubezpieczeniowe, którym jest śmierć Twojego Rodzica w wyniku Wypadku komunikacyjnego, o ile łącznie zostaną spełnione następujące warunki:
 - 1) Wypadek komunikacyjny nastąpi w okresie trwania:
 - a) naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia albo
 - b) Poprzedniej umowy ubezpieczenia, jeżeli zawierała w swoim zakresie śmierć rodzica w wyniku wypadku komunikacyjnego albo
 - c) poprzedniego Wariantu ubezpieczenia lub wariantu Pakietu dodatkowego, jeżeli przed zmianą zawierał w swoim zakresie tę Dodatkową umowę ubezpieczenia;
 - 2) śmierć Rodzica nastąpi w okresie trwania naszej odpowiedzialności z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia;
 - 3) będzie istniał związek przyczynowy pomiędzy Wypadkiem komunikacyjnym a śmiercią Rodzica.
2. Jeżeli Wypadek komunikacyjny, który będzie przyczyną śmierci Twojego Rodzica nastąpi w okresie obejmowania Cię ochroną w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia zawartej z innym niż nasze towarzystwem ubezpieczeniowym, warunkiem wypłaty Świadczenia jest doręczenie nam, na etapie jego rozpatrywania, dokumentów potwierdzających okres trwania i zakres ochrony w ramach Poprzedniej umowy ubezpieczenia w zakresie śmierci rodzica w wyniku wypadku komunikacyjnego.
3. Zakres ubezpieczenia może zostać rozszerzony o śmierć Rodzica Twojego Małżonka albo Partnera w wyniku Wypadku komunikacyjnego. W takim przypadku postanowienia tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia dotyczące Twojego Rodzica mają odpowiednie zastosowanie do Rodzica Twojego Małżonka albo Partnera.
4. Rozszerzenie zakresu ubezpieczenia zostanie potwierdzone w Polisie.

§ 4 Kiedy rozpoczyna się oraz kończy okres trwania naszej odpowiedzialności

1. Nasza odpowiedzialność z tytułu śmierci Rodzica w wyniku Wypadku komunikacyjnego rozpoczyna się:
 - 1) w przypadku objęcia Cię ochroną w ramach tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia – w dniu objęcia ochroną;
 - 2) w przypadku rozszerzenia zakresu ubezpieczenia o śmierć Rodzica Małżonka albo Partnera – w dniu rozszerzenia ochrony.
2. Nasza odpowiedzialność kończy się na zasadach wskazanych w Podstawowej umowie ubezpieczenia.

§ 5 W jakich sytuacjach nie wypłacimy Świadczenia

Nie wypłacimy Świadczenia z tytułu tej Dodatkowej umowy ubezpieczenia w związku z:

- 1) samookaleczeniem lub okaleczeniem na własną prośbę, usiłowaniem popełnienia samobójstwa przez Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera;
- 2) działaniami wojennymi, stanem wojennym, czynnym udziałem Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera 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) rozpoznaniem u Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera zaburzeniem psychicznym lub zaburzeniem zachowania wskazanym w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – w rozdziale od F00 do F99 lub w ICD-11 – w rozdziale od 6A00 do 6E8Z;
- 5) prowadzeniem przez Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera pojazdu lądowego, wodnego, powietrznego bez wymaganych przez przepisy prawa uprawnień do kierowania danym pojazdem;
- 6) udziałem Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera w następujących aktywnościach: nurkowanie ze specjalistycznym sprzętem umożliwiającym oddychanie pod wodą (nie dotyczy snurkowania), wspinaczka (górska lub skałkowa) przy użyciu lub wymagająca użycia specjalistycznego sprzętu (karabinków, uprząży, lin wspinaczkowych), speleologia, lotnictwo, szybownictwo, lotnictwo (pilotaż amatorski, sportowy, wojskowy, samolotów, helikopterów), paralotniarstwo, motoparalotniarstwo, skoki spadochronowe, wyścigi samochodowe lub motocyklowe, wyścigi lub akrobacje motorowodne, skoki na linie (ang. bungee jumping);
- 7) działaniem Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera 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, środków zastępczych lub nowych substancji psychoaktywnych (w rozumieniu przepisów o przeciwdziałaniu narkomanii), z wyjątkiem leków zażywanych na zlecenie lekarza i w sposób przez niego zalecony;

- 8) popełnieniem lub usiłowaniem popełnienia przestępstwa z winy umyślnej przez Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera lub inną osobę przy jej współudziale lub za jej namową.

§ 6 Jakie są zasady wypłaty Świadczenia

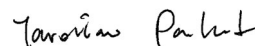
1. Zasady wypłaty Świadczeń wskazane są w Podstawowej umowie ubezpieczenia.
2. Jeżeli Twój Rodzic lub Rodzic Małżonka albo Partnera umrze w wyniku Wypadku komunikacyjnego, wypłacimy Ci Świadczenie w wysokości Sumy ubezpieczenia określonej w Umowie ubezpieczenia, obowiązującej na dzień śmierci Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera.
3. Decyzję o wypłacie Świadczenia podejmiemy na podstawie:
 - 1) wniosku o wypłatę Świadczenia/zawiadomienia o zajściu Zdarzenia ubezpieczeniowego;
 - 2) kopii Twojego dokumentu tożsamości;
 - 3) odpisu aktu zgonu Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera;
 - 4) karty zgonu lub innego dokumentu medycznego stwierdzającego przyczynę śmierci Rodzica lub Rodzica Małżonka albo Partnera;
 - 5) kopii dokumentacji medycznej potwierdzającej przyczynę i okoliczności Wypadku komunikacyjnego ze straży miejskiej, policji, sądu lub prokuratury;
 - 6) dokumentu potwierdzającego pokrewieństwo w przypadku śmierci Rodzica Małżonka;
 - 7) innej dokumentacji niezbędnej do ustalenia zasadności Świadczenia.

§ 7 Postanowienia końcowe

1. W sprawach nieuregulowanych Dodatkową umową ubezpieczenia stosujemy postanowienia Podstawowej umowy ubezpieczenia.
2. OWDU zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i mają zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku stanowiąca załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia dotyczących:

- 1) powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku;
- 2) powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego;
- 3) powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku przy pracy;
- 4) powstania u małżonka albo partnera trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku;
- 5) powstania u małżonka albo partnera trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku komunikacyjnego;
- 6) powstania u dziecka trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku.

Na potrzeby Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku, użyte przez nas zwroty oznaczają:

- 1) **Oparzenie** – uszkodzenie tkanek organizmu spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych, elektrycznych, radiacyjnych. W przypadku oparzeń mieszanych klasyfikujemy je według wyższego stopnia oparzenia. Definicja nie obejmuje oparzeń termicznych spowodowanych działaniem promieni słonecznych;
- 2) **Rana zaopatrzona chirurgicznie** – przerwanie ciągłości skóry lub tkanki podskórnej, które zostało zaopatrzone chirurgicznie przy użyciu szwów, klamer lub plastrów chirurgicznych lub poprzez wycięcie tkanek martwiczych;
- 3) **Badanie obrazowe** – procedura, która umożliwia ocenę stanu struktur lub funkcji organizmu. Obejmuje m.in. badania obrazowe (RTG, USG, TK, MRI, scyntygrafia) oraz badania czynnościowe (EEG, EKG), w celu wykrywania patologii i monitorowania procesów fizjologicznych.

Ważne:

1. Jeżeli Twój uraz będzie leczony metodami zachowawczą i operacyjną, Świadczenie przyznamy wyłącznie za punkt w Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku odpowiadający leczeniu operacyjnemu.
2. Suma procentów Trwałego uszczerbku na zdrowiu, przyznanych za uszkodzenie danej części ciała, nie może być wyższa niż procent przewidziany w Tabeli Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku za jej całkowitą utratę.
3. Nie sumujemy procentów Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku jeżeli dotyczą one uszkodzeń tego samego narządu, lub tej samej części ciała. W takim przypadku zastosujemy tę pozycję, w której określono najwyższy procent Trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku wypadku.

TABELA TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU W WYNIKU WYPADKU

A. OPARZENIA

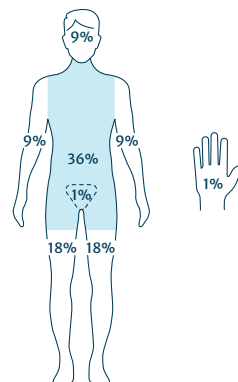
Ocena powierzchni Oparzenia:

TBSA (Total Body Surface Area) – procent całkowitej powierzchni ciała objęty oparzeniem, wykorzystywany do oceny ciężkości urazu i planowania leczenia.

Reguła dłoni – zgodnie z którą powierzchnia dłoni osoby oparzonej odpowiada 1% łącznej powierzchni ciała

Reguła dziewiątek Wallece'a – reguła stosowana przy ocenie powierzchni oparzenia, zgodnie z którą:

1. Powierzchnia głowy lub każdej z kończyn górnych stanowi 9% powierzchni ciała.
2. Powierzchnia przednia tułowia to 18% (9% powierzchnia brzucha oraz 9% powierzchnia klatki piersiowej).
3. Powierzchnia tylna tułowia stanowi również 18% powierzchni ciała.
4. Powierzchnia każdej kończyny dolnej to odpowiednio 18%.
5. Powierzchnia krocza 1%.



Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
1. Oparzenie	
a) twarzy III stopnia za 1% TBSA	5
b) twarzy II stopnia za 1% TBSA	2
c) przełyku i dróg oddechowych niewymagające hospitalizacji lub z hospitalizacją do 2 dni	2
d) przełyku i dróg oddechowych wymagające hospitalizacji powyżej 2 dni	5
e) 1 palca ręki lub stopy co najmniej II stopnia (za każdy palec, ale nie więcej niż 3% łącznie)	1
f) inne oparzenia powierzchni ciała II stopnia za 1% TBSA	1
g) inne oparzenia powierzchni ciała III stopnia za 1% TBSA	2
h) inne oparzenia I stopnia za 1% TBSA	0,5

B. ODMROŻENIA

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
2. Odmrożenie:		
a) 1 palca ręki lub stopy (za każdy palec, ale nie więcej niż 4% łącznie)		1
b) w obrębie ucha lub nosa (za każde)		2
c) w innej części ciała		1

C. USZKODZENIA POWŁOK CIAŁA (RANY LUB BLIZNY)

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
3. Rana zaopatrzona chirurgicznie/blizna twarzy lub uszu:		
a) do 4 cm długości		3
b) powyżej 4 cm do 8 cm długości		6
c) powyżej 8 cm długości		10
4. Rana zaopatrzona chirurgicznie/blizna głowy:		
a) od 2 cm do 4 cm długości		1
b) powyżej 4 cm do 10 cm długości		2
c) powyżej 10 cm długości		5
5. Rana zaopatrzona chirurgicznie/blizna palców (za każdy palec):		1
6. Rana zaopatrzona chirurgicznie/blizna pozostałych powłok ciała:		
a) od 1 cm do 4 cm długości		1
b) powyżej 4 cm do 10 cm długości		2
c) powyżej 10 cm długości		3

Ważne: Maksymalny uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzeń powłok ciała za jeden wypadek nie może przekroczyć 30% Trwałego uszczerbku na zdrowiu.

D. USZKODZENIA, PORAŻENIA LUB NIEDOWŁADY NERWÓW

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
7. Uszkodzenie nerwów: językowo-gardłowego lub błędnego, mięśniowo-skórnego, pozostałych nerwów odcinka lędźwiowo-krzyżowego (poza splotem lędźwiowo-krzyżowym) (za każdy):		
a) częściowe		3
b) całkowite		10
8. Uszkodzenie nerwów: jednostronne nerwu twarzowego, ruchowych gałki ocznej, trójdzielnego, dodatkowego, przeponowego, piersiowego długiego, pachwowego, łokciowego, pozostałe nerwy odcinka szyjno-piersiowego, pośladkowego (za każdy):		
a) częściowe		5
b) całkowite		15
9. Uszkodzenie nerwów: podjęzykowego, promieniowego, pośrodkowego, zasłonowego, sromowego, strzałkowego (za każdy):		
a) częściowe		5
b) całkowite		20
10. Uszkodzenie nerwu udowego:		
a) częściowe		10
b) całkowite		30
11. Uszkodzenie nerwu kulszowego		
a) częściowe		10
b) całkowite		50
12. Uszkodzenie nerwu piszczelowego:		
a) częściowe		5
b) całkowite		30
13. Uszkodzenie części górnej (nadobojczykowej) splotu barkowego:		
a) częściowe		5
b) całkowite		25
14. Uszkodzenie części dolnej (podobojczykowej) splotu barkowego:		
a) częściowe		10
b) całkowite		30

15.	Uszkodzenie spłotu łędźwiowo-krzyżowego:	
	a) częściowe	20
	b) całkowite	60
16.	Kauzalgie potwierdzone badaniami neurologicznymi:	3

E. USZKODZENIA GŁOWY

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
17.	Oskalpowanie	
	a) utrata skóry owłosionej głowy (oskalpowanie) o rozmiarze do 2 cm ²	1
	b) utrata skóry owłosionej głowy (oskalpowanie) o rozmiarze powyżej 2 cm ² do 5 cm ²	4
	c) utrata skóry owłosionej głowy (oskalpowanie) powyżej 5 cm ²	10
18.	Uszkodzenie kości sklepienia i podstawy czaszki (złamanie, wgłębienie, szczeliny, fragmentacja):	
	a) niewymagające leczenia operacyjnego	2
	b) wymagające leczenia operacyjnego	5
19.	Ubytki w kościach czaszki w zależności od powierzchni ubytku:	
	a) do 10 cm ²	5
	b) powyżej 10 cm ²	15
20.	Padaczka pourazowa (na podstawie opisanych objawów lub jednej ze skal):	

Postać	Opis kliniczny i funkcjonalny (na podstawie wytycznych ILAE i NICE)	Skala NHS3	Skala LSSS 2.0	Wpływ na jakość życia (QOLIE-31)	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
a) nietypowa/śladowa	Napady o różnej morfologii, bez utraty przytomności (np. napady częściowe proste, sensoryczne). Brak upadków. Pacjent w pełni samodzielny.	1 – 5 pkt	< 20 pkt	> 70 pkt (Dobra jakość życia)	5
b) padaczka łagodna	Napady z utratą świadomości rzadkie (≤2 w roku) lub częstsze napady bez utraty przytomności, które nie powodują upadków. Dobra kontrola farmakologiczna. Brak istotnych zaburzeń poznawczych.	6 – 10 pkt	20 – 40 pkt	60 – 70 pkt	20
c) padaczka umiarkowana	Napady z utratą przytomności (toniczno-kloniczne lub częściowe złożone) występujące regularnie (>1 w kwartale), mimo leczenia. Czasami występują upadki lub urazy. Zdolność do pracy zachowana z ograniczeniami (zakaz pracy na wysokości/przy maszynach).	11 – 15 pkt	41 – 60 pkt	40 – 60 pkt (wyraźny wpływ na życie)	40
d) padaczka znaczna	Częste napady z utratą przytomności (≥1 w miesiącu) lub napady z ciężkimi urazami/upadkami. Długi okres ponapadowy. Obecne zmiany charakterologiczne lub lekkie otępienie. Znaczne utrudnienie wykonywania pracy zawodowej.	16 – 20 pkt	61 – 80 pkt	30 – 40 pkt	70
e) padaczka ciężka/lekooporna	Liczne napady z utratą przytomności (często seryjne lub stany padaczkowe). Towarzyszące głębokie zaburzenia psychiczne, charakteropatja, otępienie. Pacjent wymaga stałej opieki osób trzecich (niebezpieczeństwo urazów, brak samodzielności).	> 20 pkt	> 80 pkt	< 30 pkt (bardzo niska jakość życia)	100

Ważne: Padaczkę ocenimy na podstawie dokumentacji od lekarza specjalisty (neurologa) potwierdzającej rozpoznanie padaczki klinicznej oraz na podstawie badania EEG opisującego zmiany napadowe lub w przypadku prawidłowego EEG - na podstawie dokumentacji potwierdzającej skuteczność wdrożonego leczenia przeciwpadaczkowego lub karta informacyjna z leczenia szpitalnego po wystąpieniu napadu (np. na SOR). Udowodnienie lekooporności (dla stopni >40%): W przypadku padaczki lekoopornej, wymagana jest dokumentacja potwierdzająca stosowanie co najmniej dwóch leków przeciwpadaczkowych w dawkach terapeutycznych przez okres minimum 12 miesięcy bez uzyskania pełnej kontroli napadów (zgodnie z definicją padaczki lekoopornej ILAE).

21.	Zespoły podwzgórzowe pourazowe (cukrzyca, moczówka prosta, nadczynność tarczycy, zaburzenia hormonalne pochodzenia ośrodkowego) za każde:	10

22. **Afazja pourazowa (oceniana na podstawie opisanych objawów lub skali):**

Postać	Nasilenie opisowe na podstawie wytycznych Boston Diagnostic Aphasia Examination	Skala NIHSS	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
a) Afazja czuciowa			
i) lekka	nieznaczne zaburzenia rozumienia, mowa płynna	1	20
ii) umiarkowana	wyraźne zaburzenia rozumienia, złożonych struktur, anomia	2	40
iii) ciężka	głębokie zaburzenia rozumienia, niewielkie rozumienie otoczenia	3	60
b) Afazja ruchowa			
i) lekka	okazyjne trudności słowne, mowa z wysiłkiem ale gramatycznie poprawna	1	20
ii) umiarkowana	brak fluencji, styl telegraficzny, agramatyzm	2	40
iii) ciężka	brak mowy spontanicznej, powtarzanie utrudnione, apraksja	3	60
c) Afazja mieszana			
i) lekka	objawy łagodne obu typów	1	30
ii) umiarkowana	zaburzenia rozumienia i nadawania mowy	2	60
iii) ciężka/globalna	całkowita/prawie całkowita utrata mowy i rozumienia, brak użytecznej komunikacji	3	100

23. **Wstrząśnienie mózgu z utratą przytomności po urazie głowy:**

a) z pobytem w szpitalu do 3 dni	1
b) z pobytem w szpitalu powyżej 3 dni	3

24. **Krwiak pourazowy śródczaszkowy potwierdzony w badaniu obrazowym mózgu (RM,TK):**

a) leczony zachowawczo	2
b) leczony operacyjnie	10

F. USZKODZENIA TWARZY

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
25. Uszkodzenie nosa:		
a) złamanie kości nosa lub przegrody nosa leczone zachowawczo		1
b) złamanie kości nosa lub przegrody nosa leczone operacyjnie		4
c) częściowa utrata nosa		7
d) całkowita utrata nosa		30
e) utrata powonienia potwierdzona badaniami laryngologicznymi		5
26. Utrata zębów:		
a) siekacze i kły – utrata korony z zachowaniem korzenia zęba		2
b) siekacze i kły – utrata korony i korzenia zęba		3
c) pozostałe zęby – utrata korony z zachowaniem korzenia zęba		1
d) pozostałe zęby – utrata korony i korzenia zęba		2
27. Złamanie kości twarzoczaszki (kości oczodołów, kości szczękowych, kości jarzmowych):		
a) leczone zachowawczo		4
b) leczone operacyjnie		8
28. Złamanie żuchwy:		
a) leczone zachowawczo		3
b) leczone operacyjnie		6
29. Utrata szczęki lub żuchwy:		
a) częściowa		15
b) całkowita		40
30. Ubytek podniebienia:		
		10
31. Uszkodzenia języka:		
a) Rana języka wymagająca szycia		1
b) częściowa utrata języka		3
c) całkowita utrata języka		50
32. Uszkodzenia jamy ustnej (podniebienia, dna jamy ustnej, ślinianek) wymagające zaopatrzenia chirurgicznego:		
		1
33. Uszkodzenia warg:		
a) częściowa utrata jednej wargi		5
b) całkowita utrata jednej wargi		10

G. USZKODZENIA NARZĄDU WZROKU

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
34. Obniżenie ostrości wzroku:		
a) częściowe obniżenie ostrości wzroku jednego oka do 0,6		5
b) częściowe obniżenie ostrości wzroku jednego oka powyżej 0,6		15
c) częściowe obniżenie ostrości wzroku obu oczu do 0,6		20
d) częściowe obniżenie ostrości wzroku obu oczu powyżej 0,6		50
e) całkowita utrata widzenia jednego oka		35
f) całkowita utrata widzenia obu oczu		100
35. Uszkodzenie gałki ocznej bez zaburzeń ostrości widzenia, z widocznym defektem kosmetycznym lub deformacją w obrębie gałki ocznej:		1
36. Utrwalone podwójne widzenie bez zaburzeń ostrości wzroku:		2
Ważne: Ostrość wzroku zawsze określa się po korekcji szklami, zarówno przy zmętnieniu rogówki lub soczewki, jak i przy współistnieniu uszkodzenia siatkówki lub nerwu wzrokowego.		
37. Utrata gałki ocznej (za każdą gałkę oczną):		50
38. Porażenie nastawności (akomodacji) - przy zastosowaniu szkieł korekcyjnych:		
a) jednego oka		15
b) obojga oczu		30
39. Ciało obce wewnątrzgałkowe powodujące obniżenie ostrości wzroku bez możliwości usunięcia:		5
40. Ubytki pola widzenia na podstawie badania perymetrycznego:		
a) koncentryczne ubytki pola widzenia jednego oka do 40%		10
b) koncentryczne ubytki pola widzenia jednego oka powyżej 40%		20
c) koncentryczne ubytki pola widzenia obu oczu do 40%		25
d) koncentryczne ubytki pola widzenia obu oczu powyżej 40%		80
e) dwuskroniowe		60
f) dwunosowe		30
g) jednoimienne		30
h) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)		5
41. Bezsoczewkowość po operacyjnym usunięciu zaćmy pourazowej:		
a) w jednym oku		25
b) w obu oczach		40
42. Usunięcie zaćmy pourazowej z wszczepieniem sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej:		
a) w jednym oku		15
b) w obu oczach		30
43. Zaburzenia w drożności przewodów łzowych (łzawienie) leczone operacyjnie:		
a) w jednym oku		5
b) w obu oczach		10
44. Odwarstwienie siatkówki jednego oka:		
a) bez zaburzeń ostrości wzroku		2
b) z częściowym obniżeniem ostrości wzroku		5
c) z całkowitą utratą wzroku		35
45. Wytrzeszcz tętniący:		50
46. Przewlekłe zapalenie spojówek:		2
47. Uszkodzenie powiek:		
a) niepowodujące niedomykalności		2
b) powodujące niedomykalność		8
48. Jaskra pourazowa:		2
Ważne: do wszystkich punktów dotyczących narządu wzroku: łączny trwały uszczerbek na zdrowiu z tytułu uszkodzenia jednego oka nie może przekroczyć 35% lub w obu oczach 100%.		

H. USZKODZENIA NARZĄDU SŁUCHU

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
49. Pourazowe uszkodzenie ostrości słuchu obliczane jako średnia arytmetyczna progów słyszenia dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz oddzielnie dla ucha prawego i lewego na podstawie audiogramu tonalnego:		
a) częściowa utrata słuchu w jednym uchu (powyżej 25dB)		5
b) częściowa utrata słuchu w obu uszach (powyżej 25dB)		10
c) całkowita utrata słuchu w jednym uchu		20
d) całkowita utrata słuchu w obu uszach		50

50.	Uszkodzenie jednego ucha lub obu uszu z szumami usznymi:	2
51.	Uszkodzenie małżowiny usznej:	
	a) utrata części małżowiny	5
	b) utrata jednej małżowiny	15
	c) utrata obu małżowin	30
52.	Uszkodzenie ucha środkowego:	
	a) uszkodzenie błony bębenkowej	2
	b) przewlekłe ropne zapalenie ucha środkowego	5
	c) uszkodzenie kosteczek słuchowych	5
53.	Uszkodzenie ucha wewnętrznego z zaburzeniami równowagi:	5

I. USZKODZENIA SZYI, KRTANI, TCHAWICY I PRZĘŁYKU

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
54.	Uszkodzenie gardła z upośledzeniem funkcji:	5
55.	Uszkodzenie krtani:	
	a) leczone endoskopowo	5
	b) leczone operacyjnie	15
	c) leczone operacyjnie z konieczności noszenia rurki tchawiczej	30
56.	Uszkodzenia tchawicy:	
	a) bez niewydolności oddechowej	3
	b) z niewydolnością oddechową	35
57.	Uszkodzenia przełyku:	
	a) leczone endoskopowo	3
	b) leczone operacyjnie	10
	c) leczone operacyjnie z rekonstrukcją narządu	40
58.	Zerwanie ścięgien lub mięśni szyi wymagające zabiegu operacyjnego	2

J. USZKODZENIA KLATKI PIERSIOWEJ I ICH NASTĘPSTWA

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
59.	Utrata brodawki sutkowej:	
	a) częściowa	3
	b) całkowita	8
60.	Utrata gruczołu piersiowego:	
	a) częściowa	8
	b) całkowita	15
61.	Złamanie żebra (za jedno żebro):	1
62.	Złamanie mostka:	
	a) bez przemieszczeń	2
	b) z przemieszczeniami	4
63.	Uszkodzenie płuca:	
	a) utrata części płuca	15
	b) utrata całości płuca	30
64.	Uszkodzenie opłucnej:	
	a) leczone zachowawczo	2
	b) leczone drenażem	4
	c) leczone operacyjnie	8
65.	Uszkodzenie tkanki płucnej powikłane przetokami oskrzelowymi, ropniem płuc dodatkowo:	20
66.	Pourazowe uszkodzenie serca lub osierdzia:	10
67.	Uszkodzenia przepony po leczeniu operacyjnym:	10

K. USZKODZENIA BRZUCHA I ICH NASTĘPSTWA

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
68.	Przepuklina urazowa, wysiłkowa:	10
69.	Uszkodzenie mięśni brzucha:	2
70.	Przetoka jamy brzusznej będąca wynikiem powikłań pourazowych (z wyłączeniem przetok jelitowych i odbytniczych):	15
71.	Uszkodzenie naczyń jamy brzusznej lub miednicy wymagające leczenia operacyjnego:	8
72.	Uszkodzenie aorty:	10

73.	Uszkodzenie żołądka, jelit i sieci:	
	a) leczone endoskopowo	2
	b) leczone operacyjne bez utraty narządów jamy brzusznej	5
	c) leczone operacyjnie z częściowym usunięciem narządów jamy brzusznej	10
74.	Trwała przetoka jelitowa:	
	a) jelita cienkiego	60
	b) jelita grubego	45
75.	Trwała przetoka okołoodbytnicza:	15
76.	Uszkodzenia odbytu, zwieracza i odbytnicy:	
	a) wymagające szycia rany	3
	b) wymagające leczenia operacyjnego rekonstrukcyjnego	15
	c) wymagające leczenia operacyjnego z wyłonieniem sztucznego odbytu	50
77.	Uszkodzenie śledziony:	
	a) pęknięcie lub krwiak leczone zachowawczo	2
	b) pęknięcie lub krwiak leczone operacyjnie z zachowaniem całości narządu	5
	c) częściowe usunięcie	10
	d) całkowite usunięcie	15
78.	Uszkodzenie wątroby, przewodów żółciowych, pęcherzyka żółciowego lub trzustki:	
	a) pęknięcie lub krwiak leczone zachowawczo	2
	b) pęknięcie lub krwiak leczone operacyjnie z zachowaniem całości narządu	8
	c) wycięcie pęcherzyka żółciowego	10
	d) częściowe usunięcie wątroby lub trzustki	10
	e) całkowite usunięcie wątroby lub trzustki	100

L. USZKODZENIA NARZĄDÓW MOCZOWO-PŁCIOWYCH

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
79.	Uszkodzenie nerki:	
	a) pęknięcie lub krwiak jednej nerki leczone zachowawczo	2
	b) pęknięcie lub krwiak jednej nerki leczone operacyjnie z zachowaniem całości narządu	5
	c) częściowa utrata jednej nerki	15
	d) całkowita utrata jednej nerki	35
	e) całkowita utrata obu nerek	100
80.	Uszkodzenie pęcherza moczowego lub moczowodu:	
	a) uszkodzenie pęcherza leczone zachowawczo	2
	b) uszkodzenie pęcherza leczone operacyjnie	10
	c) całkowita utrata pęcherza moczowego	50
	d) uszkodzenie moczowodu leczone operacyjnie	7
81.	Uszkodzenie cewki moczowej:	
	a) leczone zachowawczo	2
	b) leczone operacyjnie	7
	c) uszkodzenie prącia wymagające zaopatrzenia chirurgicznego	5
	d) częściowa utrata prącia	10
	e) całkowita utrata prącia	40
82.	Uszkodzenie dróg moczowych powikłane przetokami dodatkowo:	10
83.	Uszkodzenie jąder lub jajowodów:	
	a) uszkodzenie jąder lub jajowodów leczone zachowawczo	3
	b) uszkodzenie jąder lub jajowodów leczone operacyjnie	5
	c) utrata jednego jajnika lub jednego jądra	20
84.	Uszkodzenie lub utrata pochwy lub macicy:	
	a) uszkodzenie macicy bez utraty narządu	3
	b) częściowa utrata macicy	15
	c) całkowita utrata macicy	30
	d) wypadanie pochwy	10
	e) wypadanie pochwy i macicy	30
85.	Uszkodzenie worka mosznowego, krocza, sromu, pochwy, mięśni lub powięzi leczone operacyjnie:	5

M. NAGŁE ZATRUCIA GAZAMI, DZIAŁANIE CZYNNIKÓW: CHEMICZNYCH, FIZYCZNYCH LUB BIOLOGICZNYCH

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
86. Nagłe zatrucia gazami, działanie czynników chemicznych, fizycznych lub biologicznych (porażenia prądem, porażenia piorunem, ukąszenia) skutkujące pobytem w szpitalu:		
a) od 2 do 3 dni		1
b) powyżej 3 do 5 dni		2
c) powyżej 5 dni		5

N. USZKODZENIA KRĘGOSŁUPA, RDZENIA KRĘGOWEGO I ICH NASTĘPSTWA

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
87. Uszkodzenia kręgosłupa (szyjnego, piersiowego, piersiowo-lędźwiowego) potwierdzone w Badaniu obrazowym lub klinicznym (również z towarzyszącym zespołem bólowym):		
a) skręcenie z unieruchomieniem w postaci kołnierza/gorsetu		1
b) zwężenie		4
c) złamanie trzonów lub łuków leczone zachowawczo (za każdy krąg)		4
d) złamanie trzonów lub łuków leczone operacyjnie (za każdy krąg)		7
e) złamania wyrostków kolczystych, stawowych lub poprzecznych (za każdy krąg)		1
88. Uszkodzenie więzadeł lub krążków międzykręgowych potwierdzone w Badaniu obrazowym lub klinicznym (również z towarzyszącym zespołem bólowym):		
a) leczone zachowawczo z unieruchomieniem w postaci kołnierza/gorsetu		1
b) leczone operacyjnie		5

Ważne: maksymalny uszczerbek z tytułu uszkodzeń kręgosłupa nie może przekroczyć 30% za każdy jego odcinek.

89. Porażenia i niedowłady wynikające z uszkodzenia rdzenia kręgowego oceniane najwcześniej po 6 miesiącach od Wypadku (na podstawie jednej ze skal - każdą kończynę ocenia się osobno):

Postać	Skala NIHSS	Skala MRC/ Lovetta	Skala FMA		% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
	kończyna górna lub dolna	kończyna górna lub dolna	Kończyna górna	Kończyna dolna	
a) porażenie/plegia	4	0-1	<20	<10	50
b) niedowład znaczący/ głęboki	3	2	21-40	11-17	40
c) niedowład umiarkowany	2	3	41-55	18-24	25
d) niedowład lekki	1	4	56-65	25-33	10

90. Uszkodzenia rdzenia kręgowego potwierdzone w badaniach obrazowych niepowodujące niedowładów:

a) leczone zachowawczo	4
b) leczone operacyjnie	7

O. USZKODZENIA MIEDNICY

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
91. Rozejście spojenia łonowego:		
a) leczone zachowawczo		2
b) leczone operacyjnie		6
92. Złamanie jedno lub wielomiejscowe miednicy:		
a) złamanie w odcinku przednim jednostronne (kość łonowa lub kulszowa) (za każdą)		4
b) złamanie w odcinku przednim obustronne (kość łonowa lub kulszowa) (za każdą)		8
c) złamania miednicy w odcinku przednim i tylnym leczone wyłącznie zachowawczo		15
d) wielomiejscowe złamania miednicy w odcinku przednim i tylnym leczone operacyjnie		20
93. Izolowane zwężenie stawu krzyżowo-biodrowego:		10
94. Złamanie kości krzyżowej:		3
95. Złamanie kości guzicznej (ogonowej):		2
96. Złamanie talerza biodrowego, kołców biodrowych, guza kulszowego (za każde):		2

P. USZKODZENIA KOŃCZYNY GÓRNEJ

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
ŁOPATKA		
97. Złamanie łopatki:		
a) leczone zachowawczo		3
b) leczone operacyjnie		6
OBOJCZYK		
98. Złamanie obojczyka:		
a) leczone zachowawczo		3
b) leczone operacyjnie		6
99. Staw rzekomy obojczyka nieleczone operacyjnie:		8
100. Uszkodzenia stawu obojczykowo - barkowego lub obojczykowo – mostkowego:		
a) skręcenie		1
b) zwinięcie nieleczone operacyjnie		2
c) zwinięcie wymagające leczenia operacyjnego		5
101. Uszkodzenia w obrębie stawu łopatkowo-ramiennego:		
a) skręcenie		2
b) zwinięcie wymagające repozycji lekarza (z wyłączeniem zwinięć nawykowych)		6
c) złamanie guzka większego kości ramiennej		3
d) złamanie głowy lub nasady bliższej kości ramiennej lub panewki łopaki leczone zachowawczo (za każdą)		5
e) złamanie głowy lub nasady bliższej kości ramiennej lub panewki łopatki leczone operacyjnie (za każdą)		10
f) złamanie leczone wszczepieniem sztucznego stawu (protezooplastyka)		15
102. Utrata kończyny górnej:		
a) w stawie ramiennie-barkowym		70
b) wraz z łopatką		75
RAMIĘ		
103. Złamanie trzonu kości ramiennej:		
a) leczone zachowawczo		5
b) leczone operacyjnie		8
104. Uszkodzenia mięśni, naczyń krwionośnych lub ścięgien ramienia:		
a) leczone zachowawczo		3
b) leczone operacyjnie		5
105. Utrata kończyny w obrębie ramienia:		65
ŁOKIEĆ		
106. Uszkodzenia w obrębie stawu łokciowego:		
a) skręcenie		1
b) zwinięcie		4
c) złamanie dalszego końca kości ramiennej leczone operacyjnie		10
d) złamanie dalszego końca kości ramiennej lub bliższego końca kości promieniowej lub łokciowej leczone zachowawczo (za każdą)		5
e) złamanie bliższego końca kości promieniowej lub łokciowej leczone operacyjnie (za każdą)		6
f) złamanie leczone wszczepieniem całkowitej protezy stawu łokciowego (protezooplastyka)		20
107. Utrata kończyny na poziomie stawu łokciowego:		65
PRZEDRAMIĘ		
108. Złamanie trzonu kości przedramienia (za każdą):		
a) leczone zachowawczo		3
b) leczone operacyjnie		6
109. Złamanie nasady dalszej kości przedramienia (za każdą):		
a) leczone zachowawczo		3
b) leczone operacyjnie		7
110. Uszkodzenia mięśni, naczyń krwionośnych lub ścięgien przedramienia leczone operacyjnie:		2
111. Staw rzekomy kości promieniowej lub łokciowej nieleczone operacyjnie:		10
112. Utrata kończyny w obrębie przedramienia:		60

NADGARSTEK

113. Uszkodzenia w obrębie nadgarstka:	
a) skręcenie	1
b) uszkodzenie kompleksu chrząstki trójkątnej	3
c) zwinięcie wymagające repozycji lekarza	5
d) złamanie kości nadgarstka leczone zachowawczo	3
e) złamanie kości nadgarstka leczone operacyjnie	7
114. Utrata kończyny na poziomie nadgarstka:	50

ŚRÓDRĘCZE

115. Złamanie kości śródręcza (za każdą kość):	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie	4

PALCE DŁONI

116. Uszkodzenia kciuka:	
a) skręcenie potwierdzone w Badaniach obrazowych	1
b) zwinięcie	2
c) złamanie leczone zachowawczo (za każdy palec)	2
d) złamanie leczone operacyjnie (za każdy palec)	4
e) utrata opuszki palca lub trwała utrata płytki paznokciowej	1
f) utrata paliczka paznokciowego	6
g) utrata obu paliczków bez kości śródręcza	20
h) utrata obu paliczków z kością śródręcza	25
i) uszkodzenia, przecięcia ścięgien, mięśni (za każde)	2
j) uszkodzenia torebki stawowej	2
117. Uszkodzenia palca wskazującego:	
a) skręcenie potwierdzone w Badaniach obrazowych	1
b) zwinięcie	1,5
c) złamanie leczone zachowawczo (za każdy palec)	1
d) złamanie leczone operacyjnie (za każdy palec)	3
e) utrata opuszki palca lub trwała utrata płytki paznokciowej	1
f) utrata paliczka paznokciowego	5
g) utrata paliczka paznokciowego i środkowego	10
h) utrata trzech paliczków bez kości śródręcza	18
i) utrata trzech paliczków z kością śródręcza	20
j) uszkodzenia, przecięcia ścięgien, mięśni (za każde)	2
k) uszkodzenia torebki stawowej	2
118. Uszkodzenie palców III-V (za każdy palec):	
a) skręcenie potwierdzone w Badaniach obrazowych	0,5
b) zwinięcie	1
c) złamanie leczone zachowawczo (za każdy palec)	1
d) złamanie leczone operacyjnie (za każdy palec)	2
e) utrata opuszki palca lub trwała utrata płytki paznokciowej	1
f) utrata paliczka paznokciowego	2,5
g) utrata paliczka paznokciowego i środkowego	5
h) utrata trzech paliczków bez kości śródręcza	8
i) utrata trzech paliczków z kością śródręcza	10
j) uszkodzenia, przecięcia ścięgien, mięśni (za każde)	1
k) uszkodzenia torebki stawowej	1

R. USZKODZENIA KOŃCZYNY DOLNEJ

Trwały uszczerbek na zdrowiu

% Trwałego
uszczerbku
na zdrowiu**STAW BIODROWY**

119. Uszkodzenie stawu biodrowego:	
a) skręcenie	3
b) zwinięcie	10
c) złamanie krętarza większego lub mniejszego kości udowej leczone zachowawczo (za każde)	5
d) złamanie krętarza większego lub mniejszego kości udowej leczone operacyjnie (za każde)	8

e) złamanie nasady bliższej kości udowej, złamanie szyjki lub urazowe złuszczenie głowy kości udowej leczone zachowawczo (za każde)	8
f) złamanie nasady bliższej kości udowej, złamanie szyjki lub urazowe złuszczenie głowy kości leczone operacyjnie (za każde)	15
g) złamanie panewki stawu biodrowego leczone zachowawczo	8
h) złamanie panewki stawu biodrowego leczone operacyjnie	15
i) złamanie panewki stawu biodrowego lub bliższego końca kości udowej leczone operacyjnie protezoplastyką	25
j) utrata kończyny w stawie biodrowym	75

UDO

120. Złamanie trzonu kości udowej:	
a) leczone zachowawczo	8
b) leczone operacyjnie	15
121. Uszkodzenia mięśni, naczyń krwionośnych lub ścięgien uda:	3
122. Utrata kończyny w obrębie uda:	60

KOLANO

123. Złamanie kości tworzących staw kolanowy (z wyłączeniem złamań podchrzęstnych):	
a) złamanie dalszego końca kości udowej lub bliższego końca kości piszczelowej leczone zachowawczo (za każde)	5
b) złamanie dalszego końca kości udowej lub bliższego końca kości piszczelowej leczone operacyjnie (za każde)	8
124. Uszkodzenie rzepki:	
a) złamanie leczone zachowawczo	3
b) złamanie leczone operacyjnie	5
c) złamanie leczone operacyjnie z usunięciem rzepki	10
d) zwinięcie (z wyłączeniem zwinięcia nawykowego)	3
125. Skręcenie stawu kolanowego:	2
126. Uszkodzenie aparatu więzadłowego potwierdzone w Badaniach obrazowych i w rozpoznaniu klinicznym:	
a) jednego więzadła leczone zachowawczo	3
b) jednego więzadła leczone operacyjnie	5
c) dwóch więzadeł leczone zachowawczo	6
d) dwóch więzadeł leczone operacyjnie	8
e) trzech lub więcej więzadeł leczone zachowawczo	10
f) trzech lub więcej więzadeł leczone operacyjnie	15
127. Uszkodzenie łąkotki potwierdzone w Badaniach obrazowych i w rozpoznaniu klinicznym:	
a) leczone zachowawczo (za każdą)	3
b) leczone operacyjnie (za każdą)	4
128. Uszkodzenie chrząstki stawowej potwierdzone w Badaniach obrazowych i w rozpoznaniu klinicznym:	2
129. Utrata kończyny na poziomie stawu kolanowego:	65

PODUDZIE

130. Złamanie kości strzałkowej – izolowane:	
a) leczone zachowawczo	2
b) leczone operacyjnie	4
131. Złamanie trzonu lub dalszego końca kości piszczelowej:	
a) leczone zachowawczo	4
b) leczone operacyjnie	6
132. Uszkodzenie ścięgien lub tkanek miękkich lub naczyń krwionośnych podudzia potwierdzone w Badaniach obrazowych:	
a) uszkodzenie ścięgna Achillesa leczone zachowawczo	3
b) zerwanie ścięgna Achillesa leczone operacyjnie	5
c) uszkodzenia tkanek miękkich leczone zachowawczo	2
d) uszkodzenia tkanek miękkich leczone operacyjnie	4
133. Utrata kończyny w obrębie podudzia:	45

STAW SKOKOWY, STOPA

134.	Uszkodzenie stawu skokowo-goleniowego lub skokowo-piętowego:	
	a) skręcenie	1
	b) skręcenie z uszkodzeniem struktur stawowych (wiązań, torebki stawowej) potwierdzone w Badaniach obrazowych niewymagające operacji	2
	c) skręcenie z uszkodzeniem struktur stawowych (wiązań, torebki stawowej) potwierdzone w Badaniach obrazowych wymagające operacji	4
	d) zwinięcie	5
135.	Złamania w obrębie stopy potwierdzone w badaniu TK, RTG, MRI:	
	a) kostki bocznej	3
	b) kostki przyśrodkowej	3
	c) dwukostkowe	6
	d) trójkostkowe	12
	e) kości skokowej	4
	f) kości piętowej	5
	g) kości stępu	3
	h) kości śródstopia - za każdą kość	2
136.	Utrata stopy:	
	a) w całości	50
	b) na poziomie stawu Choparta	40
	c) w stawie Lisfranca	35
	d) w obrębie kości śródstopia	25
137.	Uszkodzenia mięśni, naczyń krwionośnych lub ścięgien stopy:	1

PALCE STOPY

138.	Uszkodzenia palucha:	
	a) utrata częściowa	5
	b) utrata całkowita	10
	c) utrata całkowita z kością śródstopia	15
	d) złamanie	2
139.	Uszkodzenia pozostałych palców stopy (za każdy palec):	
	a) utrata częściowa	2
	b) utrata całkowita	3
	c) utrata całkowita z kością śródstopia	5
	d) złamanie	1
140.	Skręcenie, zwinięcie palca stopy (za każdy palec, w tym paluch):	1

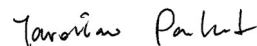
S. INNE

	Trwały uszczerbek na zdrowiu	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
141.	Uszkodzenia kości powikłane przewlekłym zapaleniem kości, szpiku, kręgów kręgosłupa, przetokami, obecnością ciał obcych (z wyjątkiem ciał obcych związanych z zastosowaniem technik operacyjnych), przepuklinami mózgowymi:	5

Tabelę Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku wypadku zatwierdził uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Tabela Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym stanowiąca załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia dotyczących:

- 1) powstania u ubezpieczonego trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym;
- 2) powstania u małżonka albo partnera trwałego uszczerbku na zdrowiu w wyniku zawału serca lub udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym.

TABELA TRWAŁYCH USZCZERBKÓW NA ZDROWIU W WYNIKU ZAWAŁU SERCA LUB UDARU MÓZGU Z UTRWALONYM DEFICYTEM NEUROLOGICZNYM

A. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W WYNIKU ZAWAŁU SERCA

1. Uszkodzenie serca lub osierdzia potwierdzone w dokumentacji medycznej:	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
a) z wydolnym układem krążenia, EF powyżej 55%, powyżej 10 MET, bez zaburzeń kurczliwości	5
b) I klasa NYHA, EF 50-55%, powyżej 10 MET, niewielkie zaburzenia kurczliwości	10
c) II klasa NYHA, EF 50-55%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	20
d) II klasa NYHA, EF 45-49%, 7-10 MET, umiarkowane zaburzenia kurczliwości	30
e) III klasa NYHA, EF 40-44%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	40
f) III klasa NYHA, EF 35-39%, 5-7 MET, nasilone zaburzenia kurczliwości	50
g) IV klasa NYHA, EF 20-34%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	60
h) IV klasa NYHA, EF poniżej 20%, poniżej 5 MET, znaczne zaburzenia kurczliwości	70

B. TRWAŁY USZCZERBEK NA ZDROWIU W WYNIKU UDARU MÓZGU Z UTRWALONYM DEFICYTEM NEUROLOGICZNYM

2. Porażenia i niedowłady (na podstawie jednej ze skal - każdą kończynę ocenia się osobno):

Postać	Skala NIHSS	Skala MRC/ Lovetta	Skala FMA		% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
	kończyna górna lub dolna	kończyna górna lub dolna	Kończyna górna	Kończyna dolna	
a) porażenie/plegia	4	0-1	<20	<10	50
b) niedowład znaczący/głęboki	3	2	21-40	11-17	40
c) niedowład umiarkowany	2	3	41-55	18-24	25
d) niedowład lekki	1	4	56-65	25-33	10

3. Afazja (oceniana na podstawie opisanych objawów lub skali):

Postać	Nasilenie opisowe na podstawie wytycznych Boston Diagnostic Aphasia Examination	Skala NIHSS	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
a) Afazja czuciowa			
i) lekka	nieznaczne zaburzenia rozumienia, mowa płynna	1	20
ii) umiarkowana	wyraźne zaburzenia rozumienia, złożonych struktur, anomia	2	40
iii) ciężka	głębokie zaburzenia rozumienia, niewielkie rozumienie z otoczenia	3	60
b) Afazja ruchowa			
i) lekka	okazyjne trudności słowne, mowa z wysiłkiem ale gramatycznie poprawna	1	20
ii) umiarkowana	brak fluencji, styl telegraficzny, agramatyzm	2	40
iii) ciężka	brak mowy spontanicznej, powtarzanie utrudnione, apraksja	3	60
c) Afazja mieszana			
i) lekka	objawy łagodne obu typów	1	30
ii) umiarkowana	zaburzenia rozumienia i nadawania mowy	2	60
iii) ciężka/globalna	całkowita/prawie całkowita utrata mowy i rozumienia, brak użytecznej komunikacji	3	100

4. Dyzartria	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
a) umiarkowana – 1 stopień w skali NIHSS	40
b) ciężka – 2 stopień w skali NIHSS	100

5. **Zespoły pozapiramidowe potwierdzone w Badaniach medycznych (na podstawie opisanych objawów lub jednej ze skal):**

Postać	Opis kliniczny i funkcjonalny	Skala UPDRS (Część III- Motoryczna)	Skala Simpsona-Angusa (SAS) (średnia punktów)	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
a) lekka	Obecne łagodne objawy: niewielkie drżenie spoczynkowe, lekka sztywność (koła zębatego) wyczuwalna przy badaniu, spowolnienie ruchów (bradykinezja). Funkcjonalność: Objawy nieznacznie utrudniające życie, pełna samodzielność w samoobsłudze.	11 – 30 pkt	0.3 – 1.0 (klinicznie łagodne)	20
b) umiarkowana	Wyraźne objawy: widoczne drżenie, umiarkowana sztywność (opór przy ruchach biernych), wyraźne spowolnienie, zaburzenia chodu (chód drobnymi krokami), uboga mimika (hipomimia). Funkcjonalność: Utrudniona sprawność ustroju, trudności z precyzyjnymi czynnościami (zapinanie guzików, jedzenie), chód samodzielny, ale wolny i niepewny. Często towarzyszą zaburzenia mowy (mowa cicha, monotonna).	31 – 60 pkt	1.1 – 2.0 (klinicznie istotne)	60
c) ciężka	Nasilone objawy: silne drżenie uniemożliwiające chwyt, sztywność typu „rury łożowanej”, zastyganie w bezruchu (akineza), upadki (niestabilność postawy). Funkcjonalność: Znaczne ograniczenie sprawności, pacjent wymaga stałej pomocy lub opieki innych osób przy wstawaniu, chodzeniu i higienie.	> 60 pkt	> 2.0 (ciężkie nasilenie)	100

6. **Zaburzenia równowagi pochodzenia mózdkowego (na podstawie opisanych objawów lub jednej ze skal):**

Postać	Opis kliniczny i funkcjonalny	Skala SARA	Skala Berga (BBS)	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
a) lekka	Chód samodzielny bez pomocy, ale „na szerszej podstawie”. Niewielkie zachwianie przy zwrotach lub chodzie tandemowym. Dyskretna dysmetria w próbach palec-nos/pięta-kolano. Pełna samodzielność.	3,5 – 10 pkt (samodzielny chód)	41 – 49 pkt (Niskie ryzyko upadku, ale chód z deficytem)	30
b) umiarkowana	Chód wyraźnie chwiejny, „marynarski”. Często wymaga asekuracji (laska, kula) lub sporadycznego podtrzymania przez drugą osobę (zwłaszcza przy nierównościach). Trudności z precyzyjnymi ruchami kończyn. Samodzielność ograniczona.	10,5 – 22 pkt (chód z pomocą/przyrządem)	21 – 40 pkt (Średnie/ Wysokie ryzyko upadku)	60
c) ciężka	Brak możliwości samodzielnego stania i chodzenia (nawet z pomocą). Pacjent porusza się na wózku lub leży. Głęboka ataksja tułowa (siedzi chwiejnie).	> 22,5 pkt	0 – 20 pkt (Bardzo wysokie ryzyko upadku)	100

7. **Padaczka (na podstawie opisanych objawów lub jednej ze skal):**

Postać	Opis kliniczny i funkcjonalny (na podstawie wytycznych ILAE i NICE)	Skala NHS3	Skala LSSS 2.0	Wpływ na jakość życia (QOLIE-31)	% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
a) nietypowa/śladowa	Napady o różnej morfologii, bez utraty przytomności (np. napady częściowe proste, sensoryczne). Brak upadków. Pacjent w pełni samodzielny.	1 – 5 pkt	< 20 pkt	> 70 pkt (Dobra jakość życia)	5
b) padaczka łagodna	Napady z utratą świadomości rzadkie (≤ 2 w roku) lub częstsze napady bez utraty przytomności, które nie powodują upadków. Dobra kontrola farmakologiczna. Brak istotnych zaburzeń poznawczych.	6 – 10 pkt	20 – 40 pkt	60 – 70 pkt	20

c) padaczka umiarkowana	Napady z utratą przytomności (toniczno-kloniczne lub częściowe złożone) występujące regularnie (>1 w kwartale), mimo leczenia. Czasami występują upadki lub urazy. Zdolność do pracy zachowana z ograniczeniami (zakaz pracy na wysokości/ przy maszynach).	11 – 15 pkt	41 – 60 pkt	40 – 60 pkt (wyraźny wpływ na życie)	40
d) padaczka znaczna	Częste napady z utratą przytomności (≥1 w miesiącu) lub napady z ciężkimi urazami/ upadkami. Długi okres ponapadowy. Obecne zmiany charakterologiczne lub lekkie otępienie. Znaczne utrudnienie wykonywania pracy zawodowej.	16 – 20 pkt	61 – 80 pkt	30 – 40 pkt	70
e) padaczka ciężka/ lekooporna	Liczne napady z utratą przytomności (często seryjne lub stany padaczkowe). Towarzyszące głębokie zaburzenia psychiczne, charakteropatia, otępienie. Pacjent wymaga stałej opieki osób trzecich (niebezpieczeństwo urazów, brak samodzielności).	> 20 pkt	> 80 pkt	< 30 pkt (bardzo niska jakość życia)	100

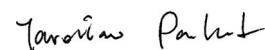
Ważne: Padaczkę oceniamy na podstawie dokumentacji od lekarza specjalisty (neurologa) potwierdzającej rozpoznanie padaczki klinicznej oraz na podstawie badania EEG opisującego zmiany napadowe lub w przypadku prawidłowego EEG - na podstawie dokumentacji potwierdzającej skuteczność wdrożonego leczenia przeciwpadaczkowego lub karta informacyjna z leczenia szpitalnego po wystąpieniu napadu (np. na SOR). Udowodnienie lekooporności (dla stopni >40%): W przypadku padaczki lekoopornej, wymagana jest dokumentacja potwierdzająca stosowanie co najmniej dwóch leków przeciwpadaczkowych w dawkach terapeutycznych przez okres minimum 12 miesięcy bez uzyskania pełnej kontroli napadów (zgodnie z definicją padaczki lekoopornej ILAE).

		% Trwałego uszczerbku na zdrowiu
8.	Uszkodzenie nerwów: jednostronne nerwu twarzewego, trójdzielnego (za każdy):	
	a) częściowe	5
	b) całkowite	15
9.	Zaburzenia neurologiczne i psychiczne uwarunkowane organicznie (encefalopatie):	
	a) zmiany charakterologiczne i/lub deficyt neurologiczny o niewielkim nasileniu, nieznacznie ograniczający sprawność	15
	b) umiarkowana encefalopatia – zmiany charakterologiczne i/lub deficyt neurologiczny o średnim nasileniu, częściowo ograniczający funkcjonowanie	40
	c) znaczna encefalopatia – obecne zmiany charakterologiczne i/lub duży deficyt neurologiczny, wyraźnie ograniczający funkcjonowanie	70
	d) ciężka encefalopatia – objawy neurologiczne i psychiczne znacznie ograniczające sprawność, wymagające stałej opieki (np. otępienie, psychozy, poważne zaburzenia zachowania)	100
Ważne: Za encefalopatią poza zespołem psychoorganicznym przemawiają odchylenia przedmiotowe w stanie neurologicznym, psychiatrycznym oraz badania dodatkowe (EEG, TK lub NMR).		
10.	Ubytki pola widzenia na podstawie badania perymetrycznego:	
	a) koncentryczne ubytki pola widzenia jednego oka do 40%	10
	b) koncentryczne ubytki pola widzenia jednego oka powyżej 40%	20
	c) koncentryczne ubytki pola widzenia obu oczu do 40%	25
	d) koncentryczne ubytki pola widzenia obu oczu powyżej 40%	80
	e) dwuskroniowe	60
	f) dwunosowe	30
	g) jednoimienne	30
	h) inne ubytki pola widzenia (jednooczne)	5
Uszkodzenie ostrości słuchu obliczane jako średnia arytmetyczna progów słyszenia dla częstotliwości 500, 1000 i 2000 Hz oddzielnie dla ucha prawego i lewego na podstawie audiogramu tonalnego:		
11.		
	a) częściowa utrata słuchu w jednym uchu (powyżej 25dB)	5
	b) częściowa utrata słuchu w obu uszach (powyżej 25dB)	10
	c) całkowita utrata słuchu w jednym uchu	20
	d) całkowita utrata słuchu w obu uszach	50

Tabele Trwałych uszczerbków na zdrowiu w wyniku w wyniku Zawału serca lub Udaru mózgu z utrwalonym deficytem neurologicznym zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 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 dodatkowego ubezpieczenia dotyczących:

- 1) poważnego zachorowania ubezpieczonego;
- 2) poważnego zachorowania małżonka albo partnera.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – PODSTAWOWY		
	Poważne zachorowanie	Definicja
1.	Anemia aplastyczna	Przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym z niżej wymienionych sposobów: 1) przetaczanie preparatów krwipochodnych; 2) podawanie preparatów stymulujących szpik; 3) podawanie preparatów immunosupresyjnych; 4) przeszczepienie szpiku kostnego. Rozpoznanie musi być potwierdzone przez specjalistę w zakresie hematologii w oparciu o wynik biopsji szpiku kostnego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się rozpoczęcie specjalistycznego leczenia w okresie naszej odpowiedzialności.
2.	Całkowita 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 (sześć) kolejnych miesięcy. Definicja nie obejmuje przypadków: 1) choroby spowodowanych zaburzeniami psychicznymi; 2) utraty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajęcie Wypadku albo postawienie diagnozy całkowitej utraty mowy na skutek choroby, pod warunkiem że Wypadek albo diagnoza Całkowitej utraty mowy na skutek choroby miały miejsce w okresie naszej odpowiedzialności.
3.	Chirurgiczne leczenie choroby wieńcowej (by-pass)	Postać choroby wieńcowej, która wymaga przeprowadzenia operacji chirurgicznej polegającej na wytworzeniu połączeń pomiędzy tętnicą główną (aortą) a tętnicą wieńcową, z powodu niedokrwienia mięśnia sercowego związanego ze zmianami w tętnicach wieńcowych, które doprowadzają do niego krew. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w okresie naszej odpowiedzialności.
4.	Ciężkie oparzenia	Oparzenia 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 zajęcie Wypadku prowadzącego do powyższych następstw w okresie naszej odpowiedzialności.
5.	Choroba Alzheimer	Pogorszenie lub utrata czynności intelektualnych spowodowana nieodwracalnymi zmianami funkcjonowania mózgu. Rozpoznanie musi zostać postawione przez Lekarza specjalistę w oparciu o dane kliniczne oraz testy i kwestionariusze służące do diagnostyki choroby Alzheimer 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 naszej odpowiedzialności.
6.	Choroba Creutzfeldta-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 Lekarza specjalistę. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
7.	Choroba 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 naszej odpowiedzialności.
8.	Choroba Leśniowskiego-Crohna o ciężkim przebiegu	Ciężka postać choroby z pełnościennym, ziarniniakowym 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 naszej odpowiedzialności.
9.	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 dwóch z trzech objawów choroby, tj. akinezy, drżenia spoczynkowego, wzmożenia napięcia mięśniowego (sztywności mięśniowej). Ochroną nie są objęte zespoły objawów parkinsonowskich wywołane innymi schorzeniami oraz przypadki choroby Parkinsona wywołane lekami lub substancjami toksycznymi. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – PODSTAWOWY

	Poważne zachorowanie	Definicja
10.	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 życia codziennego: 1) 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; 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 naszej odpowiedzialności.
11.	Łagodny nowotwór mózgu	Wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu, opon lub nerwów czaszkowych, rozpoznany na podstawie wyników badań neuroobrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych, wymagający usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego powodujący trwały ubytek neurologiczny. Definicja nie obejmuje: guzów przysadki i szyszynki, torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
12.	Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego	Wewnątrzkanalowy, niezłośliwy nowotwór rdzenia kręgowego i opon rdzenia, wymagający usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego powodujący trwały ubytek neurologiczny, rozpoznany na podstawie pozytywnych wyników badań dodatkowych obrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
13.	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 (<i>carcinoma in situ</i>), dysplazji, raka o granicznej złośliwości, raka niskiej potencjalnej złośliwości, raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych; 2) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0) lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 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 brodawkowatego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0); 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 wyniku badania histopatologicznego, który potwierdził obecność nowotworu złośliwego w okresie naszej odpowiedzialności. Jeśli z medycznego punktu widzenia wykonanie badania histopatologicznego nie jest możliwe lub jest ryzykowne, za Wystąpienie poważnego zachorowania przyjmuje się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności, przez Lekarza specjalistę na podstawie dokumentacji medycznej.
14.	Obustronna trwała 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 utraty słuchu nie obejmuje przypadków utraty słuchu możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajęcie Wypadku albo postawienie diagnozy obustronnej, trwałej utraty słuchu na skutek choroby, pod warunkiem, że Wypadek albo diagnoza obustronnej, trwałej utraty słuchu na skutek choroby miały miejsce w okresie naszej odpowiedzialności.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – PODSTAWOWY

	Poważne zachorowanie	Definicja
15.	Obuoczna trwała 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 zajście Wypadku albo postawienie diagnozy obuocznej utraty wzroku na skutek choroby, pod warunkiem, że Wypadek albo diagnoza obuocznej utraty wzroku na skutek choroby miały miejsce w okresie naszej odpowiedzialności.
16.	Operacja zastawek serca	Operacja wymiany jednej lub więcej zastawek serca z powodu choroby polegającej na uszkodzeniu zastawki w postaci zwężenia lub niedomykalności. Definicja nie obejmuje przypadków operacji naprawczej zastawek serca. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w okresie naszej odpowiedzialności.
17.	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 zajście Wypadku albo postawienia diagnozy porażenia kończyn na skutek choroby, pod warunkiem że Wypadek albo diagnoza porażenia kończyn na skutek choroby miały miejsce w okresie naszej odpowiedzialności.
18.	Porażenie kończyny	Całkowita i trwała utrata funkcji jednej kończyny, 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 zajście Wypadku albo postawienie diagnozy porażenia kończyny na skutek choroby, pod warunkiem że Wypadek albo diagnoza porażenia kończyny miały miejsce w okresie naszej odpowiedzialności.
19.	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 życia codziennego: 1) 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; 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 naszej odpowiedzialności.
20.	Przeszczep narządu	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 przeprowadzenie przeszczepu albo zakwalifikowanie na listę biorców, w zależności od tego które ze zdarzeń nastąpiło jako pierwsze w okresie naszej odpowiedzialności.
21.	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B w stadium zaawansowanym	Aktywna, rozlana, zapalna choroba miększu 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 antygenu powierzchniowego wirusa HBV (HBsAg) w surowicy przez okres przynajmniej 6 miesięcy; 2) utrzymywanie 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 naszej odpowiedzialności.
22.	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C w stadium zaawansowanym	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 naszej odpowiedzialności.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – PODSTAWOWY

	Poważne zachorowanie	Definicja
23.	Schyłkowa niewydolność nerek	Schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek (lub jednej w przypadku braku drugiej) 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 niewydolności jednej nerki. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się rozpoczęcie specjalistycznego leczenia lub przeszczep nerki lub wpisanie na listę biorców, w zależności od tego które ze zdarzeń nastąpiło jako pierwsze w okresie naszej odpowiedzialności.
24.	Schyłkowa niewydolność oddechowa	Schyłkowe stadium choroby płuc powodujące przewlekłą niewydolność oddechową wyrażającą się wszystkimi niżej wymienionymi objawami: 1) natężona objętość wydechu 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 specjalistę. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
25.	Schyłkowa niewydolność wątroby	Schyłkowa postać choroby (marskości) wątroby powodującą co najmniej jeden z poniższych objawów: 1) wodobrzusze nieoddające 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 naszej odpowiedzialności.
26.	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 naszej odpowiedzialności.
27.	Tętniak lub rozwarstwienie aorty brzusznej leczone operacyjnie	Tętniak lub rozwarstwienie aorty brzusznej wymagające wykonania operacji. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenia operacji w okresie naszej odpowiedzialności
28.	Tętniak lub rozwarstwienie aorty piersiowej leczone operacyjnie	Tętniak lub rozwarstwienie aorty piersiowej wymagające wykonania operacji. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenia operacji w okresie naszej odpowiedzialności
29.	Twardzina układowa (uogólniona sklerodermia)	Układowa choroba tkanki łącznej przebiegająca z postępującym rozlanym włóknieniem w skórze, naczyniach krwionośnych i narządach wewnętrznych. W rozumieniu niniejszej definicji, twardzina układowa (uogólniona sklerodermia), musi przebiegać z zajęciem serca, 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 naszej odpowiedzialności.
30.	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 poudarowych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – PODSTAWOWY		
	Poważne zachorowanie	Definicja
31.	Utrata kończyn (wskutek wypadku)	Całkowita i nieodwracalna utrata dwóch lub więcej kończyn spowodowana Wypadkiem. Nasza ochrona obejmuje także jednoczesną 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 naszej odpowiedzialności.
32.	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 naszej odpowiedzialności.
33.	Wirusowe zapalenie mózgu z ubytkiem neurologicznym	Zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) 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 Lekarza specjalistę. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
34.	Zawał serca	Martwica części mięśnia sercowego wywołana nagłym przerwaniem dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego. Zdiagnozowanie zawału serca przez Lekarza specjalistę 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 żywotnego mięśnia sercowego lub nowe regionalne zaburzenie czynności skurczowej, których umiejscowienie odpowiada etiologii niedokrwiennej. Ochroną objęte są także zawały serca, które wystąpiły w trakcie zabiegu przezskórnej 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 naszej odpowiedzialności.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – ROZSZERZONY		
	Poważne zachorowanie	Definicja
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 nie poddający się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
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 nie poddającej się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
3.	Bakteryjne zapalenie wsierdza	Zakażenie wsierdza w obrębie zastawek, komór i przedsionków z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, składających się ze skrzepin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdza), stwierdzone w obrazach echokardiograficznych. Rozpoznanie musi być postawione w oparciu o dodatni wynik badań bakteriologicznych wykazujących obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdza. Definicja nie obejmuje przypadków zdiagnozowania bakteryjnego zapalenia wsierdza u osób: 1) z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca; 2) z wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii (elektrostymulator, kardiowerter), które przebyły operację serca; 3) używających środków uzależniających. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – ROZSZERZONY

	Poważne zachorowanie	Definicja
4.	Bąblowiec mózgu leczony operacyjnie	Bąblowiec mózgu wymagający wykonania operacji chirurgicznej usunięcia torbieli bąblowcowej mózgu spowodowanej tasiemcem z rodzaju <i>Echinococcus</i> . Rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem histopatologicznym. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w okresie naszej odpowiedzialności.
5.	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 <i>Echinococcus</i> . Rozpoznanie musi być jednoznacznie potwierdzone badaniem histopatologicznym. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
6.	Całkowita 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 zajście Wypadku albo postawienie diagnozy całkowitej utraty wzroku w jednym oku na skutek choroby, pod warunkiem że Wypadek albo diagnoza całkowitej utraty wzroku w jednym oku na skutek choroby miały miejsce w okresie naszej odpowiedzialności.
7.	Choroba neuronu ruchowego	Wystąpienie jednej z niżej wymienionych chorób, potwierdzonych przez Lekarza specjalistę, 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 naszej odpowiedzialności.
8.	Kardiomiopatia pierwotna	Kardiomiopatia rozstrzeniowa, przerostowa, gąbczasta, restrykcyjna i arytmogenna kardiomiopatia 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 kardiomiopatii nie obejmuje kardiomiopatii wtórnych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
9.	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 naszej odpowiedzialności.
10.	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 naszej odpowiedzialności.
11.	Pierwotne płucne nadciśnienie tętnicze (PAH)	Choroba będąca następstwem przerostu mięśniówki gładkiej naczyń tętniczych płuc oraz zmian (pogrubienie, włóknienie, martwica) w ich błonie wewnętrznej i środkowej. Dla rozpoznania choroby niezbędne jest wystąpienie następujących parametrów podczas cewnikowania tętnicy płucnej: 1) wzrostu średniego ciśnienia > 20 mmHg; 2) naczyniowy opór płucny > 2 WU (mmHg/L/min) 3) ciśnienie zaklinowania we włosniczках 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 naszej odpowiedzialności.
12.	Postępujące porażenie nadjądrowe	Postępująca choroba zwyrodnieniowa układu nerwowego rozpoznana przez Lekarza specjalistę 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 naszej odpowiedzialności.
13.	Pelzakowica leczona szpitalnie	Choroba zakaźna wywołana przez pelzaka czerwoni (<i>Entamoeba histolytica</i>). Odpowiadamy wyłącznie za taką pelzakowicę, 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 naszej odpowiedzialności.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – ROZSZERZONY

	Poważne zachorowanie	Definicja
14.	Piorunujące zapalenie wątroby (ostra niewydolność wątroby)	Gwałtownie rozwijająca się masywna martwica komórek wątrobowych prowadząca bezpośrednio do niewydolności wątroby. Rozpoznanie musi być ustalone na podstawie wystąpienia wszystkich poniższych warunków: 1) zmniejszania się wątroby spowodowanego uszkodzeniem jej mięszu; 2) podwyższonego poziomu enzymów wskaźnikowych uszkodzenia komórki wątrobowej; 3) nasilającej się żółtaczki; 4) encefalopatii wątrobowej lub obecności zaburzeń krzepnięcia z INR powyżej 1.5. Definicja nie obejmuje przypadków piorunującego zapalenia wątroby wywołanego alkoholem, substancjami toksycznymi, niewłaściwym zażywaniem leków. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
15.	Reumatoidalne zapalenie stawów o ciężkim przebiegu	Uogólnione uszkodzenie stawów wyrażające się deformacją co najmniej 3 z następujących grup stawów: międzypaliczkowe rąk, nadgarstkowe, łokciowe, kręgosłupa szyjnego, kolanowe, stóp. Ubezpieczeniem są objęte wyłącznie przypadki ograniczenia samodzielnej egzystencji wyrażającego się utratą możliwości samodzielnego wykonywania minimum 3 z 5 podstawowych czynności życia codziennego: 1) 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; 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 naszej odpowiedzialności.
16.	Ropień mózgu leczony operacyjnie	Ropień, który jest usuniętą chirurgicznie zmianą w mózgu opisaną w rozpoznaniu histopatologicznym jako ropień mózgu. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenia operacji w okresie naszej odpowiedzialności.
17.	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 wrotnego płuc powstających w przebiegu zabiegów diagnostyczno-leczniczych, 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 naszej odpowiedzialności.
18.	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 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 niezależna 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 naszej odpowiedzialności.
19.	Stwardnienie rozsiane z ubytkami neurologicznymi	Choroba ośrodkowego układu nerwowego (mózgu lub rdzenia kręgowego), rozpoznana przez Lekarza specjalistę, 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 naszej odpowiedzialności.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – ROZSZERZONY

	Poważne zachorowanie	Definicja
20.	Toczeń rumieniowaty układowy	Choroba autoimmunologiczna przebiegająca z typowymi zmianami skórnymi, nadwrażliwością na słońce, dolegliwościami ze strony stawów i zaburzeniami immunologicznymi, przy współistnieniu zmian w układzie krążenia, układzie nerwowym lub w nerkach. Rozpoznanie powinno być postawione w oparciu o międzynarodowe kryteria diagnostyczne 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 naszej odpowiedzialności
21.	Wirusowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych skutkujące leczeniem szpitalnym	Choroba wymagająca leczenia w warunkach szpitalnych, 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 naszej odpowiedzialności.
22.	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego o ciężkim przebiegu	Zapalenie jelita powodujące ostre, zagrażające życiu powikłania tej zapalnej choroby jelit, gdzie 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 wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i musi być potwierdzone przez Lekarza specjalistę. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
23.	Zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS w wyniku transfuzji krwi	Zakażenie wirusem HIV (Human Immunodeficiency Virus) lub rozpoznanie AIDS (Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności) potwierdzone dokumentacją, wyniku 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 naszej odpowiedzialności. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
24.	Zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS w związku z wykonywaniem zawodu medycznego, służby mundurowej lub ratowniczej	Zakażenie wirusem HIV (Human Immunodeficiency Virus) lub rozpoznanie AIDS (Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności) potwierdzone dokumentacją, z której wynika że jest skutkiem przypadkowego ukłucia się igłą/skaleczenia podczas wykonywania zawodu medycznego, pełnienia służby ratowniczej lub mundurowej. Zdarzenie musi nastąpić w naszej odpowiedzialności. 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 naszej odpowiedzialności.
25.	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 naszej odpowiedzialności
26.	Zespół krótkiego jelita	Nieodwracalny stan po wycięciu części lub całości jelita cienkiego, w którym konieczne jest stałe żywienie pozajelitowe. Rozpoznanie choroby i jej nieodwracalność musi być potwierdzona przez Lekarza specjalistę na podstawie: wywiadu medycznego, badania przedmiotowego (cech wyniszczenia i odwodnienia). Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w okresie naszej odpowiedzialności.
27.	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 w oparciu o kryteria Amerykańskiego Towarzystwa Reumatologicznego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – INFEKCYJNY		
	Poważne zachorowanie	Definicja
1.	Borelioza leczona szpitalnie	Choroba zakaźna 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 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 naszej odpowiedzialności.
2.	Cholera	Ostra choroba zakaźna wywołana przez przecinkowce cholery (<i>Vibrio cholerae</i>), potwierdzona charakterystycznym obrazem klinicznym oraz pozytywnym wynikiem badania diagnostycznego mikrobiologicznego lub immunologicznego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się dzień postawienia diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
3.	Dur brzuszny	Ostra ogólnoustrojowa choroba zakaźna wywołana przez pałeczkę duru brzuszego (<i>Salmonella typhi</i>) potwierdzona charakterystycznymi objawami klinicznymi i wynikami badań dodatkowych (bakteriologicznych, histopatologicznych, immunologicznych). Definicja nie obejmuje przypadków bezobjawowego nosicielstwa <i>Salmonella typhi</i> lub <i>Salmonella paratyphi</i> . Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
4.	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-krotny wzrost miana przeciwciał IgM lub IgG przy wykluczeniu reakcji krzyżowych z innymi flawivirusami. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
5.	Gorączka Ebola	Choroba zakaźna wywołana przez wirusa Ebola. Rozpoznanie oraz czynnik etiologiczny muszą być jednoznacznie potwierdzone za pomocą odpowiednich testów laboratoryjnych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
6.	Gorączka Zachodniego Nilu	Ostra choroba tropikalna wywołana wirusem Zachodniego Nilu, przebiegająca z wysoką gorączką, nudnościami, wymiotami, trudnościami w połykaniu. Rozpoznanie musi być potwierdzone charakterystycznym obrazem klinicznym oraz odpowiednim poziomem przeciwciał klasy IGM. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
7.	Gruźlica	Choroba spowodowana prątkiem gruźlicy (<i>Mycobacterium tuberculosis</i> , <i>Mycobacterium bovis</i> , <i>Mycobacterium africanum</i>) przebiegająca z zajęciem mięszu płucnego lub drzewa tchawiczo-oskrzelowego bądź też opłucnej, węzłów chłonnych klatki piersiowej, układu moczowo-płciowego, kości i stawów, opon mózgowych. Rozpoznanie musi być potwierdzone dodatnim wynikiem badania bakteriologicznego bądź histologicznego (immunologicznego) i decyzją o wdrożeniu leczenia przeciwpłatkowego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
8.	Malaria	Ostra lub przewlekła choroba zakaźna wywołana przez pierwotniaka z gatunku Plasmodium, rozpoznana na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych, potwierdzona pozytywnymi wynikami badań mikrobiologicznych, mikroskopowych, immunologicznych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
9.	Odkleszczowe wirusowe zapalenie mózgu leczone szpitalnie	Postać choroby przenoszonej przez kleszcze, która przebiega z różnorodnymi objawami neurologicznymi, skutkującymi koniecznością hospitalizacji oraz potwierdzona badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego. Zdiagnozowanie choroby powinno być jednoznacznie ustalone przez Lekarza specjalistę i podane w karcie informacyjnej leczenia szpitalnego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
10.	Schistosomatoza (bilharcjoza)	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 naszej odpowiedzialności.
11.	Tężec leczony szpitalnie	Ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (<i>Clostridium tetani</i>), która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i skutkowała koniecznością leczenia szpitalnego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
12.	Wścieklizna leczona szpitalnie	Ostra choroba zakaźna skutkująca leczeniem szpitalnym, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez zakażenie wirusem wścieklizny (<i>Rabies virus</i>) potwierdzone w dokumentacji medycznej. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – INFEKCYJNY		
	Poważne zachorowanie	Definicja
13.	Zgorzel gazowa leczona szpitalnie	Choroba spowodowana ciężką przyranną infekcją bakteriami z rodzaju <i>Clostridium</i> ze znacznym miejscowym uszkodzeniem tkanek, wytwarzaniem gazu w tkankach i uogólnioną toksemią, skutkująca leczeniem szpitalnym i potwierdzona charakterystycznymi objawami klinicznymi oraz wynikami badań bakteriologicznych lub immunologicznych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
14.	Żółta gorączka	Choroba zakaźna wywołana wirusem z rodziny <i>Flaviviridae</i> . 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 naszej odpowiedzialności.

KATALOG POWAŻNYCH ZACHOROWAŃ – DLA SEKTORA EDUKACJI		
	Poważne zachorowanie	Definicja
1.	Guzki głosowe twarde	Podnabłonkowe guzkowe zgrubienia fałdu głosowego, związane z procesem przerostu i bliznowacenia tkanek. Rozpoznanie powinno być postawione przez Lekarza specjalistę i potwierdzone laryngoskopią oraz badaniem stroboskopowym. Definicja nie obejmuje guzków głosowych miękkich. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
2.	Niedowład mięśni wewnętrznych krtani z wrzecionowatą niedomykalnością fonacyjną głosi i trwałą dysfonią	Oslabienie mięśni głosowych spowodowane ich długotrwałym przeciążeniem, prowadzące do nieprawidłowego ich napinania i niepełnego zwarcia fałdów głosowych. Rozpoznanie powinno być postawione przez Lekarza specjalistę i potwierdzone laryngoskopią oraz badaniem stroboskopowym. Definicja nie obejmuje niedowładów neurogennych, pourazowych albo związanych z zabiegami inwazyjnymi np. niedowłady pooperacyjne. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
3.	Wtórne zmiany przerostowe fałdów głosowych	Utrwalone pogrubienie fałdów głosowych z towarzyszącym obrzękiem, umiejscowione na brzegach fałdów głosowych. Zmiany te mogą przyjmować również formę polipa. Rozpoznanie powinno być postawione przez Lekarza specjalistę i potwierdzone laryngoskopią oraz badaniem stroboskopowym. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

Katalog poważnych zachorowań zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Katalog poważnych zachorowań dziecka stanowiący załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia dotyczących poważnego zachorowania dziecka

Katalog poważnych zachorowań dziecka – podstawowy		
	Poważne zachorowanie	Definicja
1.	Anemia aplastyczna	Przewlekłe upośledzenie funkcji szpiku kostnego powodujące niedokrwistość, neutropenię, trombocytopenię, wymagające leczenia przynajmniej jednym 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 Lekarza specjalistę w zakresie hematologii w oparciu o wynik biopsji szpiku kostnego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się rozpoczęcie specjalistycznego leczenia w okresie naszej odpowiedzialności.
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 nie poddające się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
3.	Choroba Kawasaki	Ostra choroba zapalna małych i średnich naczyń o nieznanej etiologii z następowym tworzeniem się tętniaków tętnic wieńcowych. Potwierdzeniem przebiegu choroby jest utrzymywanie się co najmniej przez 5 dni wysokiej gorączki (powyżej 38 stopni Celsjusza) u dziecka oraz co najmniej 4 z niżej wymienionych objawów: 1) obrzęk, ewentualnie rumień na dłoniach lub stopach, cechy złuszczenia skóry okolicy przypaznokciowej; 2) różnokształtna wysypka głównie w obrębie tułowia; 3) obustronne przekrwienie/zapalenie spojówek; 4) zmiany dotyczące warg i śluzówek jamy ustnej: rumień, pęknięcie warg, język malinowy, rozlane naczyniowe śluzówek jamy ustnej i w okolicy nosowo-gardłowej; 5) limfadenopatia szyjna, najczęściej jednostronna. Wymagane jest udokumentowanie wystąpienia tętniaków tętnic wieńcowych w badaniach obrazowych (Angio-CT, NMR, Echo serca). Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
4.	Choroba serca leczona operacyjnie	Choroba serca, która skutkowałą pierwszorazową operacją na otwartym sercu z użyciem krążenia pozaustrojowego. Definicja nie obejmuje zabiegów przeprowadzonych z powodu wad serca, których rozpoznanie postawiono przed objęciem ochroną ubezpieczeniową. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się przeprowadzenie operacji w okresie naszej odpowiedzialności.
5.	Ciężkie oparzenia	Oparzenia 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) powyżej 20 % powierzchni ciała – dla oparzeń III stopnia. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajście Wypadku w okresie naszej odpowiedzialności.
6.	Cukrzyca	Rozpoznanie cukrzycy insulinozależnej wymagającej stałego i regularnego podawania insuliny. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
7.	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 częściowym trwałym ograniczeniem zdolności do samodzielnej egzystencji w postaci braku możliwości wykonania co najmniej 2 z 5 podstawowych czynności życia codziennego: 1) 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; 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 naszej odpowiedzialności.

Katalog poważnych zachorowań dziecka – podstawowy		
	Poważne zachorowanie	Definicja
8.	Łagodny nowotwór mózgu	Wewnątrzczaszkowy, niezłośliwy nowotwór mózgu, opon lub nerwów czaszkowych, rozpoznany na podstawie wyników badań neuroobrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych, wymagający usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, który spowodował trwałe ubytek neurologiczny. Definicja nie obejmuje: guzów przysadki i szyszynki, torbieli, ziarniniaków, malformacji naczyniowych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
9.	Nabyta niedokrwistość hemolityczna	Stan chorobowy charakteryzujący się skróceniem czasu przeżycia krwinek czerwonych, w przebiegu którego dochodzi do zmniejszenia stężenia hemoglobiny do poziomu poniżej 9g/dl przez okres co najmniej 3 miesięcy. Definicja nie obejmuje przypadków niedokrwistości hemolitycznej, jeżeli: 1) została wywołana stosowaniem niesterydowych leków przeciwzapalnych, antybiotyków lub leków przeciwmalarycznych lub 2) jest spowodowana działaniem substancji toksycznych lub 3) jest chorobą wrodzoną lub 4) jest nocną napadową hemoglobinurią. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
10.	Nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis)	Porażenie, które oznacza ciężkie zakażenie wywołane wirusem polio, powodujące trwałe uszczerbek na zdrowiu i prowadzące do trwałego porażenia przynajmniej jednej kończyny lub do zaburzenia połykania oraz osłabienia mięśni oddechowych w tym samym czasie, przez co najmniej 3 miesiące po rozpoznaniu choroby. Rozpoznanie musi zostać potwierdzone wynikami badań płynu mózgowo-rdzeniowego i surowicy krwi. Warunkiem uznania zasadności świadczenia jest udokumentowane przebycie szczepień profilaktycznych przeciwko wirusowi polio. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
11.	Schyłkowa niewydolność nerek	Schyłkowe stadium choroby nerek, wyrażające się nieodwracalnym upośledzeniem czynności obu nerek (lub jednej w przypadku braku drugiej) 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 lub przeszczepu nerki lub wpisanie na listę biorców, w zależności od tego które ze zdarzeń nastąpiło jako pierwsze w okresie naszej odpowiedzialności.
12.	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 (<i>carcinoma in situ</i>), dysplazji, raka granicznej złośliwości, raka niskiej potencjalnej złośliwości raka o niskim stopniu złośliwości oraz wszelkich zmian przedrakowych, 2) raka gruczołu krokowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0, T1c N0M0) lub ze wskaźnikiem Gleasona poniżej 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 brodawkowatego tarczycy ograniczonego do gruczołu tarczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0 według klasyfikacji TNM (łącznie z T1a N0M0, T1b N0M0); 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 wyniku badania histopatologicznego, który potwierdził obecność nowotworu złośliwego w okresie naszej odpowiedzialności. Jeśli z medycznego punktu widzenia wykonanie badania histopatologicznego nie jest możliwe lub jest ryzykowne, za Wystąpienie poważnego zachorowania przyjmuje się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności, przez Lekarza specjalistę na podstawie dokumentacji medycznej.

Katalog poważnych zachorowań dziecka – podstawowy		
	Poważne zachorowanie	Definicja
13.	Obustronna trwała 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 zajście Wypadku albo postawienie diagnozy obustronnej utraty słuchu na skutek choroby, pod warunkiem że zdarzenia Wypadek albo diagnoza obustronnej utraty słuchu na skutek choroby miały miejsce w okresie naszej odpowiedzialności.
14.	Obuoczną trwałą utratę wzroku	Trwała i nieodwracalna obuoczną utratę 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 zajście Wypadku albo postawienie diagnozy Obuocznej trwałej utraty wzroku na skutek choroby, pod warunkiem że Wypadek albo diagnoza Obuocznej, trwałej utraty wzroku na skutek choroby miały miejsce w okresie naszej odpowiedzialności.
15.	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 zajście Wypadku albo postawienie diagnozy Porażenia kończyn na skutek choroby pod warunkiem, że Wypadek albo diagnoza Porażenia kończyn miały miejsce w okresie naszej odpowiedzialności.
16.	Schyłkowa niewydolność wątroby	Stadium choroby wątroby charakteryzujące się istnieniem jednego z poniższych objawów: 1) trwałą żółtaczką; 2) wodobrzuszem; 3) encefalopatią wątrobową; 4) żylakami przełyku; 5) zaburzeniami krzepnięcia oraz gdy rozpoznano niewydolność wątroby mieszczącą się w klasie B lub C klasyfikacji Childa-Pugha. Definicja nie obejmuje przypadków mieszczących się w klasie A klasyfikacji Childa-Pugha dotyczącej niewydolności wątroby. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności
17.	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 naszej odpowiedzialności.
18.	Tężec leczony szpitalnie	Ostra choroba zakaźna wywołana neurotoksyną produkowaną przez laseczki tężca (<i>Clostridium tetani</i>), która przebiegała klinicznie w postaci uogólnionej i skutkowała koniecznością leczenia szpitalnego. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
19.	Utrata kończyn (wskutek wypadku)	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 w okresie naszej odpowiedzialności.
20.	Wirusowe zapalenie mózgu z ubytkiem neurologicznym	Zapalenie mózgu (półkul mózgowych, pnia mózgu, mózdzku) 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 Lekarza specjalistę. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
21.	Zakażenie wirusem HIV lub rozpoznanie AIDS w wyniku transfuzji krwi	Zakażenie wirusem HIV (Human Immunodeficiency Virus) lub rozpoznanie AIDS (Nabytego Zespołu Niedoboru Odporności) potwierdzone dokumentacją, wynikiem z przetoczenia zakażonej krwi lub preparatów krwiopochodnych pochodzących z licencjonowanego ośrodka uprawnionego do przygotowywania takich preparatów (stacji krwiodawstwa). Przetoczenie zakażonej krwi musiało mieć miejsce w okresie naszej odpowiedzialności. Serokonwersja musi nastąpić w ciągu 6 miesięcy od daty przetoczenia. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

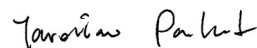
Katalog poważnych zachorowań dziecka – rozszerzony		
	Poważne zachorowanie	Definicja
1.	Astma (dychawica oskrzelowa) leczona szpitalnie	Postać astmy o ciężkim przebiegu skutkująca hospitalizacją i zastosowaniem mechanicznej wentylacji, z charakterystycznym wywiadem oraz objawami stwierdzonymi podczas lekarskiego badania fizykalnego i charakterystycznymi wynikami czynnościowymi badań układu oddechowego, tj. spirometrii, analizy szczytowego przepływu wydechowego lub spirometrycznej próby prowokacyjnej. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
2.	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 nie poddające się rehabilitacji w ciągu 6 miesięcy. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
3.	Bakteryjne zapalenie wsierdza	Zakażenie wsierdza w obrębie zastawek, komór i przedsionków z obecnością tzw. wegetacji (ruchomych, echogenicznych tworów, składających się ze skrzepin i bakterii, przytwierdzonych do wsierdza), stwierdzanych w obrazach echokardiograficznych. Rozpoznanie musi być postawione w oparciu o dodatni wynik badań bakteriologicznych wykazujących obecność drobnoustrojów typowych dla zapalenia wsierdza. Definicja nie obejmuje przypadków zdiagnozowania bakteryjnego zapalenia wsierdza u osób: 1) z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca; 2) z wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii (elektrostymulator, kardiowerter), które przeżyły operację serca; 3) używających środków uzależniających. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
4.	Borelioza leczona szpitalnie	Choroba zakaźna przenoszona przez kleszcze przebiegająca z różnorodnymi objawami narządowymi, między innymi ze zmianami skórnymi 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 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 naszej odpowiedzialności.
5.	Całkowita 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 (sześć) kolejnych miesięcy. Definicja nie obejmuje przypadków: choroby spowodowanej zaburzeniami psychicznymi; utrąty mowy możliwych do skorygowania postępowaniem terapeutycznym. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się zajście Wypadku albo postawienia diagnozy Całkowitej utraty mowy na skutek choroby, pod warunkiem, że Wypadek albo diagnozy Całkowitej utraty mowy na skutek choroby miały miejsce w okresie naszej odpowiedzialności.
6.	Gorączka reumatyczna z powikłaniami zastawkowymi	Choroba rozpoznana w oparciu o kliniczne kryteria Jonesa, w stadium obejmującym konieczność wymiany co najmniej jednej z zastawek serca. Definicja nie obejmuje przypadków gorączki reumatycznej z przetrwałymi powikłaniami sercowymi u dzieci z wrodzonymi wadami zastawek serca. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się dzień postawienia diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
7.	Łagodny nowotwór rdzenia kręgowego	Wewnątrzkanalowy, niezłośliwy nowotwór rdzenia kręgowego i opon rdzenia, wymagający usunięcia lub w przypadku braku możliwości leczenia operacyjnego, powodujący trwałe ubytki neurologiczne, rozpoznany na podstawie pozytywnych wyników badań dodatkowych: obrazowych, immunologicznych lub histopatologicznych. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
8.	Przeszczep narządu	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 przeprowadzenie operacji albo zakwalifikowanie na listę biorców, w zależności od tego które ze zdarzeń nastąpiło jako pierwsze w okresie naszej odpowiedzialności.

Katalog poważnych zachorowań dziecka – rozszerzony		
	Poważne zachorowanie	Definicja
9.	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu B w stadium zaawansowanym	Aktywna, rozlana, zapalna choroba miększu 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 antygenu 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 naszej odpowiedzialności.
10.	Przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C w stadium zaawansowanym	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 naszej odpowiedzialności.
11.	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 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 niezależnej 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 naszej odpowiedzialności.
12.	Wścieklizna leczona szpitalnie	Ostra choroba zakaźna skutkująca leczeniem szpitalnym, której istotą jest ostre zapalenie mózgu i rdzenia wywołane przez potwierdzone w dokumentacji medycznej zakażenie wirusem wścieklizny (<i>Rabies virus</i>). Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
13.	Zakażenie pneumokokowe	Zakażenie bakteriami <i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumokokami) pod postacią zapalenia opon mózgowych, ropnia mózgu, zapalenia szpiku kostnego, septycznego zapalenia stawów, zapalenia wsierdza, zapalenia osierdza, zapalenia otrzewnej, zapalenia ucha środkowego lub sepsy pneumokokowej powodujące trwałe upośledzenie słuchu, trwałe ograniczenie czynności poznawczych, opóźnienie rozwoju mowy, porażenie lub inne trwałe ubytki neurologiczne. Rozpoznanie zakażenia i jego następstw musi być potwierdzone wynikami badań bakteriologicznych, przeprowadzonych w ośrodku prowadzącym leczenie. Za Wystąpienie poważnego zachorowania uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

Katalog poważnych zachorowań dziecka zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych stanowiący załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia dotyczących:

- 1) zachorowania ubezpieczonego na nowotwór w stadium przedinwazyjnym;**
- 2) zachorowania małżonka albo partnera na nowotwór w stadium przedinwazyjnym;**
- 3) Warty Opieki.**

KATALOG NOWOTWORÓW W STADIUM PRZEDINWAZYJNYM ORAZ INNYCH NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH	
Rak in situ jamy ustnej przelyku i żołądka	Rak in situ piersi
1. Rak in situ wargi, jamy ustnej i gardła	37. Rak zrazikowy in situ
2. Rak in situ przelyku	38. Rak wewnątrzprzewodowy in situ
3. Rak in situ żołądka	39. Inny rak piersi in situ
Rak in situ innych i nieokreślonych części narządów układu pokarmowego	40. Rak in situ piersi, umiejscowienie nieokreślone
4. Rak in situ okrężnicy	Rak in situ szyjki macicy
5. Rak in situ zgięcia esiczo-odbytniczego	41. Rak in situ błony śluzowej kanału szyjki macicy
6. Rak in situ odbytnicy	42. Rak in situ błony śluzowej zewnętrznej powierzchni szyjki macicy
7. Rak in situ odbytu i kanału odbytu	43. Rak in situ innej części szyjki macicy
8. Rak in situ innych i nieokreślonych części jelita	44. Rak in situ szyjki macicy, umiejscowienie nieokreślone
9. Rak in situ wątroby, pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych	Rak in situ innych nieokreślonych narządów płciowych
10. Rak in situ innych określonych narządów układu pokarmowego	45. Rak in situ błony śluzowej macicy
11. Rak in situ narządów układu pokarmowego, nieokreślone	46. Rak in situ sromu
Rak in situ ucha środkowego i układu oddechowego	47. Rak in situ pochwy
12. Rak in situ krtani	48. Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych żeńskich
13. Rak in situ tchawicy	49. Rak in situ prącia
14. Rak in situ oskrzela i płuca	50. Rak in situ gruczołu krokowego
15. Rak in situ innych części układu oddechowego	51. Rak in situ innych i nieokreślonych narządów płciowych męskich
16. Rak in situ układu oddechowego, umiejscowienie nieokreślone	Rak in situ o innym i nieokreślonym umiejscowieniu
Czerniak in situ	52. Rak in situ pęcherza moczowego
17. Czerniak in situ wargi	53. Rak in situ innej i nieokreślonej części układu moczowego
18. Czerniak in situ powieki, łącznie z kątem oka	54. Rak in situ oka
19. Czerniak in situ ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego	55. Rak in situ tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego
20. Czerniak in situ innych i nieokreślonych części twarzy	56. Rak in situ o innym określonym umiejscowieniu
21. Czerniak in situ skóry owłosionej głowy i szyi	57. Rak in situ, umiejscowienie nieokreślone
22. Czerniak in situ tułowia	58. Czerniak złośliwy skóry w stopniu zaawansowania T1aN0M0 oraz T1bN0M0 lub odpowiadającym mu stopniu zaawansowania wg klasyfikacji Clarka lub Breslowa T1
23. Czerniak in situ kończyny górnej łącznie z barkiem	Inne nowotwory złośliwe skóry
24. Czerniak in situ kończyny dolnej łącznie z biodrem	59. Nowotwór złośliwy (skóra wargi)
25. Czerniak in situ innych umiejscowień	60. Nowotwór złośliwy (skóra powieki, łącznie z kątem oka)
26. Czerniak in situ, umiejscowienie nieokreślone	61. Nowotwór złośliwy (skóra ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego)
Rak in situ skóry	62. Nowotwór złośliwy (skóra innych i nieokreślonych części twarzy)
27. Rak in situ skóry wargi	63. Nowotwór złośliwy (skóra owłosiona głowy i szyi)
28. Rak in situ skóry powieki, łącznie z kątem oka	64. Nowotwór złośliwy (skóra tułowia)
29. Rak in situ skóry ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego	65. Nowotwór złośliwy (skóra kończyny górnej, łącznie z barkiem)
30. Rak in situ skóry innych i nieokreślonych części twarzy	66. Nowotwór złośliwy (skóra kończyny dolnej, łącznie z biodrem)
31. Rak in situ skóry owłosionej głowy i szyi	67. Nowotwór złośliwy (zmiana przekraczająca granice jednego umiejscowienia na skórze)
32. Rak in situ skóry tułowia	68. Nowotwór złośliwy skóry, umiejscowienie nieokreślone
33. Rak in situ skóry kończyny górnej, łącznie z barkiem	
34. Rak in situ skóry kończyny dolnej, łącznie z biodrem	
35. Rak in situ skóry, inne umiejscowienie	
36. Rak in situ skóry, umiejscowienie nieokreślone	

69. Pierwotny nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w stadium T1a N0M0, T1b N0M0 i T1c N0M0

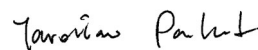
70. Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego w stopniu zaawansowania T1N0M0

71. Nowotwór złośliwy tarczycy w stopniu zaawansowania T1N0M0 i T2N0M0 w przypadku raka brodawkowatego (wliczając: T1a N0M0, T1b N0M0)

Katalog nowotworów w stadium przedinwazyjnym oraz innych nowotworów złośliwych zatwierdziłmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Katalog chorób sercowo-naczyniowych stanowiący załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia dotyczących zachorowania ubezpieczonego na choroby sercowo-naczyniowe.

KATALOG CHOROÓB SERCOWO-NACZYNIOWYCH UBEZPIECZONEGO			
	Choroba sercowo-naczyniowa	Wysokość Świadczenia (jako procent Sumy ubezpieczenia)	Definicja
1.	Ciężkie zaburzenia rytmu serca	100%	Choroba objawiająca się zaburzeniami funkcji elektrycznej serca i występująca pod postacią: 1) dodatkowych pobudzeń nadkomorowych i komorowych pojedynczych lub mnogich, napadowych częstoskurczów, migotania przedsionków, trzepotania przedsionków, migotania komór; 2) zaburzeń przewodzenia impulsów elektrycznych wewnątrz układu bódźco-przewodzącego serca (bloków serca). Ochroną objęte są wyłącznie przypadki nawracających, czyli udokumentowanych przynajmniej 3 napadami: a) częstoskurczów nadkomorowych i komorowych lub b) migotania przedsionków lub c) trzepotania przedsionków. Ochroną objęte są również: migotanie komór, blok przedsionkowo-komorowy II lub III stopnia o charakterze utrwalonym lub wymagające wszczepienia stymulatora serca na stałe oraz zaburzenia rytmu serca wymagające leczenia ablacyjnego. Za Wystąpienie choroby sercowo-naczyniowej uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
2.	Choroba wieńcowa	100%	Choroba niedokrwienności serca w przebiegu miażdżycy naczyń wieńcowych, rozpoznana przez Lekarza specjalistę na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych i badania EKG, próby wysiłkowej, koronarografii. Definicja nie obejmuje przypadku anginy Prinzmetala, dławicy spowodowanej przez mostki mięśniowe nad tętnicami wieńcowymi a także choroby Tako-Tsubo. Za Wystąpienie choroby sercowo-naczyniowej uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
3.	Infekcyjne zapalenie wsierdza	100%	Pozaszpitalne infekcyjne zapalenie wsierdza (IZW) u osoby z własnymi, naturalnymi zastawkami serca i bez ciał obcych w układzie sercowo-naczyniowym, które zostało rozpoznane w oparciu o obowiązujące kryteria medyczne przez Lekarza specjalistę. Definicja nie obejmuje przypadku choroby zdiagnozowanej u osób z implantowanymi sztucznymi zastawkami serca, wszczepionymi urządzeniami do elektroterapii (elektrostymulator, kardiowerter), u osób, które przeżyły operację serca, u osób używających środków uzależniających. Za Wystąpienie choroby sercowo-naczyniowej uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
4.	Ostra niewydolność mięśnia sercowego	100%	Stan chorobowy, zaistniały w okresie trwania naszej ochrony polegający na nagłym pojawieniu się bądź gwałtownym pogorszeniu istniejących objawów niewydolności serca, wymagający pilnej hospitalizacji. Odpowiadamy wyłącznie za taki stan chorobowy, który charakteryzuje się ostrą niewydolnością serca pod postacią obrzęku płuc i wstrząsu kardiogenego, rozpoznany przez Lekarza specjalistę lub specjalistę intensywnej terapii, wymagający pobytu na oddziale intensywnej terapii medycznej (OIT) lub kardiologicznej (OIOK). Za Wystąpienie choroby sercowo-naczyniowej uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
5.	Ostra zatorowość płucna	100%	Choroba w której dochodzi do nagłego zamknięcia lub zwężenia tętnicy płucnej lub jej odgałęzień przez materiał zatorowy, prowadzącego do wystąpienia objawów ostrej prawokomorowej niewydolności serca. Ochroną objęte są przypadki potwierdzone w oparciu o odpowiednie badania obrazowe przez Lekarza specjalistę lub specjalistę intensywnej terapii, wymagające leczenia w oddziałach intensywnej terapii oraz wymagające leczenia prowadzącego do rozpuszczenia materiału zatorowego (fibrinolitycznego) lub usunięcia go przeznaczyniowo albo chirurgicznie. Za Wystąpienie choroby sercowo-naczyniowej uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
6.	Przewlekłe wirusowe zapalenie mięśnia serca	100%	Przewlekła choroba serca rozpoznana przez Lekarza specjalistę na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych i badania obrazowego typu echo serca lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny, spowodowana zakażeniem wirusowym, w której proces zapalny objął komórki mięśnia sercowego i doprowadził do uszkodzenia mięśnia sercowego, manifestującego się obniżeniem frakcji wyrzutowej poniżej 50% i niewydolności serca. Za Wystąpienie choroby sercowo-naczyniowej uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

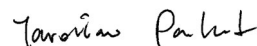
KATALOG CHOROÓB SERCOWO-NACZYNIOWYCH UBEZPIECZONEGO

	Choroba sercowo-naczyniowa	Wysokość Świadczenia (jako procent Sumy ubezpieczenia)	Definicja
7.	Tętniak aorty	100%	Choroba polegająca na odcinkowym poszerzeniu prawidłowego światła aorty o co najmniej 50% potwierdzona badaniem obrazowych: USG lub echo serca lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny. Za Wystąpienie choroby sercowo-naczyniowej uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
8.	Pierwotne płucne nadciśnienie tętnicze (PAH)	100%	Choroba będąca następstwem przerostu mięśniówki gładkiej naczyń tętniczych płuc oraz zmian (pogrubienie, włóknienie, martwica) 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 choroby sercowo-naczyniowej uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
9.	Zaciskające zapalenie osierdzia	100%	Przewlekły proces zapalny toczący się w osierdziu, prowadzący do postępującej utraty elastyczności worka osierdziowego oraz zwłóknienia i/lub zwapnienia blaszek osierdzia, prowadzący do upośledzenia napływu krwi do serca w fazie rozkurczu, zmniejszonego napełniania jam serca krwią, spadku objętości wyrzutowej serca oraz rozwoju objawów niewydolności serca. Proces zapalny musi zostać rozpoznany przez Lekarza specjalistę w okresie trwania odpowiedzialności, na podstawie charakterystycznych objawów klinicznych i badania obrazowego typu echo serca lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny. Za Wystąpienie choroby sercowo-naczyniowej uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

Katalog chorób sercowo-naczyniowych zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 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 dodatkowego ubezpieczenia dotyczących:

- 1) leczenia specjalistycznego ubezpieczonego;
- 2) leczenia specjalistycznego małżonka albo partnera.

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 ubezpieczeniowego 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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
3.	Dializoterapia	100%	Metoda leczenia ostrej i krącowej przewlekłej niewydolności nerek przy użyciu hemodializy lub dializy otrzewnowej. Za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego 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 ubezpieczeniowego 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 ubezpieczeniowego 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 ubezpieczeniowego 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 ubezpieczeniowego 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 ubezpieczeniowego 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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.

KATALOG METOD LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO

	Metoda Leczenia specjalistycznego	Wysokość Świadczenia (jako procent Sumy ubezpieczenia)	Definicja
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 zwalczenie wirusów lub zahamowanie replikacji wirusów odpowiedzialnych za te choroby. Za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
11.	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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
12.	Wszczepienie implantu ślimakowego	50%	Operacja związana z umieszczeniem w ślimaku elektrody stymulacyjnej implantu oraz umocowanie procesora wewnętrznego w łożu kostnej na powierzchni czaszki, w następstwie pogorszenia słuchu. Za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
13.	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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
14.	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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
15.	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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
16.	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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
17.	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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
18.	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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.

Katalog metod Leczenia specjalistycznego zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

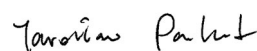
Katalog metod Leczenia specjalistycznego onkologicznego Ubezpieczonego stanowiący załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia dotyczących leczenia specjalistycznego onkologicznego ubezpieczonego.

KATALOG METOD LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO ONKOLOGICZNEGO UBEZPIECZONEGO			
	Metoda Leczenia specjalistycznego	Wysokość Świadczenia (jako procent Sumy ubezpieczenia)	Definicja
1.	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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
2.	Hormonoterapia	100%	Forma leczenia systemowego nowotworu złośliwego preparatami hamującymi rozwój hormonowrażliwego nowotworu, poprzez obniżenie poziomu konkretnych hormonów w organizmie pacjenta. Za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
3.	Immunoterapia	100%	Metoda ogólnoustrojowego leczenia nowotworu złośliwego preparatami modulującymi (modyfikującymi) odpowiedź układu odpornościowego w kierunku zabijania komórek nowotworowych. Immunoterapia obejmuje leczenie szczepionką BCG ze wskazań onkologicznych. Za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
4.	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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego.
5.	Terapia celowana molekularnie	100%	Forma leczenia systemowego nowotworu złośliwego preparatami hamującymi rozwój nowotworu poprzez oddziaływanie na ściśle określone cele molekularne (białka/receptory) obecne w komórkach nowotworowych. Za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.

Katalog metod Leczenia specjalistycznego onkologicznego zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Katalog metod Leczenia specjalistycznego kardiologicznego stanowiący załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia dotyczących leczenia specjalistycznego kardiologicznego ubezpieczonego.

KATALOG METOD LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO KARDIOLOGICZNEGO UBEZPIECZONEGO			
	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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień wykonania zabiegu.
2.	Walwuloplastyka balonowa	100%	Zabieg polegający na wprowadzeniu balonu do zwężonej zastawki serca i jej rozszerzeniu, aby poprawić przepływ krwi. Definicja nie obejmuje przeszkojnej implantacji zastawki ani leczenia niedomykalności zastawkowej. Za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
3.	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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
4.	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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
5.	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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
6.	Zastosowanie trombektomii mechanicznej	100%	Zabieg chirurgiczny stosowany w leczeniu udaru niedokrwinnego 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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.

Katalog metod Leczenia specjalistycznego kardiologicznego zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

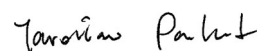
Katalog metod Leczenia specjalistycznego Dziecka stanowiący załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia dotyczących leczenia specjalistycznego dziecka.

KATALOG METOD LECZENIA SPECJALISTYCZNEGO DZIECKA			
	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 ubezpieczeniowego 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 ubezpieczeniowego 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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień przeprowadzenia pierwszej dializy.
4.	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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień podania pierwszej dawki promieniowania jonizującego.
5.	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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień podania pierwszej dawki leku.
6.	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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień przeprowadzenia zabiegu.
7.	Wszczepienie implantu ślimakowego	50%	Operacja związana z umieszczeniem w ślimaku elektrody stymulacyjnej implant oraz umocowanie procesora wewnętrznego w łoży kostnej na powierzchni czaszki, w następstwie pogorszenia słuchu. Za dzień zajścia Zdarzenia ubezpieczeniowego uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.
8.	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 ubezpieczeniowego uznaje się dzień przeprowadzenia operacji.

Katalog metod Leczenia specjalistycznego Dziecka zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Katalog zachorowań Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne, stanowiący załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia dotyczących:

- 1) zachorowania ubezpieczonego na choroby cywilizacyjne;
- 2) Warty Opieki.

KATALOG ZACHOROWAŃ UBEZPIECZONEGO NA CHOROBY CYWILIZACYJNE			
	Choroby cywilizacyjne	Wysokość Świadczenia (jako procent Sumy ubezpieczenia)	Definicja
1.	Celiakia	100%	Choroba autoimmunologiczna o podłożu genetycznym związana z nietolerancją glutenu, prowadząca do zapalenia jelita cienkiego i uszkodzenia kosmków jelitowych oraz zaburzeń wchłaniania objawiająca się takimi objawami klinicznymi jak biegunka oraz przewlekłe bóle brzucha. Choroba musi zostać rozpoznana w oparciu o wynik badania endoskopowego i histopatologicznego oraz badania serologicznego. Za Wystąpienie choroby cywilizacyjnej uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
2.	Choroba tarczycy wymagająca leczenia operacyjnego (operacji chirurgicznej)	100%	Choroba tarczycy, dla której konieczne jest przeprowadzenie leczenia operacyjnego. Skierowanie na przeprowadzenie operacji musi zostać wystawione przez Lekarza specjalistę w okresie naszej odpowiedzialności. Za Wystąpienie choroby cywilizacyjnej uważa się postawienie diagnozy wraz z wystawieniem skierowania na operację w okresie naszej odpowiedzialności.
3.	Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	100%	Przewlekła choroba przewodu pokarmowego, w której dochodzi do pojawiania się wrzodów trawiennych w żołądku lub dwunastnicy potwierdzonych badaniem endoskopowym żołądka lub dwunastnicy. Definicja nie obejmuje choroby wrzodowej żołądka lub dwunastnicy spowodowanej nadużywaniem: alkoholu, leków oraz innych substancji toksycznych. Za Wystąpienie choroby cywilizacyjnej uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
4.	Cukrzyca: a) o ciężkim przebiegu – Typ 1 i Typ 2	100%	Cukrzyca: a) o ciężkim przebiegu Typ 1 i Typ 2 – rozpoznana przez Lekarza specjalistę cukrzyca, wymagająca stałego i regularnego podawania insuliny. Definicja nie obejmuje: nieprawidłowej tolerancji glukozy, cukrzycy ciążyowej.
	b) niewymagająca podawania insuliny – Typ 2	10%	b) niewymagająca podawania insuliny Typ 2 – przewlekła choroba metaboliczna manifestująca się podwyższonym poziomem cukru (glikemii) we krwi, spowodowana względnym niedoborem insuliny będącym następstwem insulinooporności tkanek lub postępującym upośledzeniem wydzielania insuliny. Za kryterium diagnostyczne przyjmuje się poziom glukozy we krwi w dwukrotnym badaniu na czczo o wartości co najmniej 126mg/dl w przypadku występowania charakterystycznego obrazu klinicznego albo powyżej 200mg/dl w przypadku hiperglikemii przygodnej stwierdzonej w badaniu wykonanym bez typowych objawów klinicznych albo dodatni wynik testu obciążenia glukozą. Jej rozpoznanie musi zostać potwierdzone przez Lekarza specjalistę w okresie trwania naszej odpowiedzialności. Definicja nie obejmuje cukrzycy ciążyowej. Za Wystąpienie choroby cywilizacyjnej uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
5.	Depresja leczona szpitalnie	100%	Choroba zdiagnozowana przez Lekarza specjalistę, w przebiegu której doszło do hospitalizacji wyłącznie na oddziale psychiatrycznym. Definicja nie obejmuje pobytów na oddziale dziennym. Za Wystąpienie choroby cywilizacyjnej uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
6.	Kamica żółciowa wymagająca usunięcia kamienia	100%	Choroba, w przebiegu której dochodzi do powstawania złożeń w obrębie dróg żółciowych (zarówno wewnątrz, jak i zewnątrzwątrobowych), powodujących utrudnienie odpływu żółci i tym samym wywołujących objawy kolki żółciowej i wymagająca usunięcia kamienia. Rozpoznanie i wskazanie do przeprowadzania zabiegu metodą chirurgiczną, laparoskopową, endoskopową musi zostać potwierdzone przez Lekarza specjalistę. Za Wystąpienie choroby cywilizacyjnej uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.
7.	Osteoporoza	100%	Choroba szkieletu charakteryzująca się niską masą kostną, upośledzoną mikroarchitekturą tkanki kostnej, a w konsekwencji zwiększoną jej łamliwością i podatnością na złamania, zdiagnozowana przez Lekarza specjalistę i potwierdzona badaniem densytometrii (w oparciu o wskaźnik T dla wartości wskaźnika poniżej - 2,5 oraz co najmniej jedno złamanie). Definicja nie obejmuje osteoporozy wtórnej. Za Wystąpienie choroby cywilizacyjnej uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

8.	Zaawansowane nadciśnienie tętnicze	100%	Przewlekła choroba układu krążenia objawiająca się stałym podwyższeniem ciśnienia tętniczego krwi. Choroba musi być rozpoznana przez lekarza i potwierdzona poniższymi kryteriami łącznie: 1) zmiany na dnie oka w stopniu III° lub IV° według klasyfikacji Keitha-Wagenera-Barkera; 2) co najmniej dwukrotnym pomiarem u lekarza ciśnienia tętniczego krwi powyżej 160 mmHg w przypadku ciśnienia skurczowego (zwanego górnym), natomiast w odniesieniu do ciśnienia rozkurczowego (zwanego dolnym) powyżej 100 mmHg, oraz jedno kryterium z poniższych: a) zmiana w osadzie moczu, b) cechy przerostu lewej komory serca wykazane w badaniu EKG lub ECHO. Za Wystąpienie choroby cywilizacyjnej uważa się postawienie diagnozy w okresie naszej odpowiedzialności.

Katalog zachorowań Ubezpieczonego na Choroby cywilizacyjne zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Katalog operacji stanowiący załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia dotyczących:

- 1) operacji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku;
- 2) operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku;
- 3) operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku komunikacyjnego;
- 4) operacji ubezpieczonego w wyniku wypadku przy pracy;
- 5) operacji małżonka albo partnera w wyniku choroby lub wypadku;
- 6) operacji małżonka albo partnera w wyniku wypadku;
- 7) operacji małżonka albo partnera w wyniku wypadku komunikacyjnego;
- 8) operacji dziecka w wyniku choroby lub wypadku;
- 9) operacji dziecka w wyniku wypadku;
- 10) operacji dziecka w wyniku wypadku komunikacyjnego.

KATALOG OPERACJI			
Nazwa Operacji	Poziom Operacji*	Nazwa Operacji	Poziom Operacji*
A Operacje układu nerwowego		38. Rekonstrukcja opon mózgowych	5
1. Chemotalektomia	4	39. Rozległe wycięcie tkanki mózgowej	5
2. Częściowe wycięcie rdzenia kręgowego	5	40. Stereotaktyczna ablacja tkanki mózgowej	4
3. Dekortykacja opon mózgu	3	41. Sympatektomia lędźwiowa	3
4. Drenaż krwaka śródmózgowego	4	42. Sympatektomia przedkrzyżowa	2
5. Drenaż przestrzeni podpajęczynówkowej	3	43. Sympatektomia szyjna	3
6. Drenaż przestrzeni podtwardówkowej	3	44. Talamotomia	4
7. Drenaż przestrzeni zewnątrzoponowej	3	45. Usunięcie ropnia mózdzku	3
8. Drenaż ropnia podpajęczynówkowego mózgowego	3	46. Wewnątrzczaszkowe przecięcie nerwu czaszkowego	5
9. Drenaż ropniaka podtwardówkowego	3	47. Wszczepienie neurostymulatora rdzenia kręgowego	3
10. Drenaż wodniaka śródczaszkowego	3	48. Wycięcie opon rdzeniowych	4
11. Implantacja, założenie, wewnątrzczaszkowego neurostymulatora mózgu	3	49. Wycięcie guza mózdzku	4
12. Kraniotomia z usunięciem krwaka nadtwardówkowego	4	50. Wycięcie guza pnia mózgu	5
13. Kraniotomia z usunięciem krwaka podtwardówkowego	4	51. Wycięcie lub zniszczenie spłotu naczyniówkowego opon mózgowych	3
14. Kraniotomia z usunięciem krwaka śródmózgowego	4	52. Wycięcie nerwiaka nerwu słuchowego	2
15. Kraniotomia z usunięciem obcego ciała z czaszki	4	53. Wycięcie nerwu obwodowego	2
16. Kraniotomia z usunięciem ropnia nadtwardówkowego	4	54. Wycięcie zmiany rdzenia kręgowego lub opon rdzeniowych	5
17. Lobektomia / traktotomia	4	55. Wycięcie zmiany tkanki mózgu	4
18. Operacje naprawcze nerwu obwodowego	2	56. Wycięcie zmiany w obrębie nerwu czaszkowego	5
19. Odbarczenie nerwu czaszkowego	3	57. Wycięcie zmiany w obrębie nerwu obwodowego	1
20. Operacja naprawcza nerwu czaszkowego	5	58. Wycięcie zmiany w obrębie opon mózgowych	5
21. Operacja naprawcza opony twardej	5	59. Wytworzenie przetoki komory mózgowej (wentrykulostomii)	3
22. Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego	2	60. Zewnątrzczaszkowe usunięcie innego nerwu czaszkowego	3
23. Operacja odbarczająca kanału kręgowego lub korzenia nerwu rdzeniowego ze stabilizacją	2	61. Zewnątrzczaszkowe usunięcie nerwu błędnego	3
24. Operacja przepukliny mózgowej	3	B Operacje wydzielania wewnętrznego i piersi	
25. Operacja przepukliny oponowej lub/i rdzeniowej	3	62. Operacja szyszynki	5
26. Operacja tętniaka lub naczyniaka mózgu	3	63. Wycięcie całkowite przysadki mózgowej	5
27. Operacje naprawcze nerwu współczulnego	2	64. Częściowe wycięcie przysadki mózgowej	5
28. Podwiązanie tętnicy oponowej środkowej	3	65. Całkowite usunięcie tarczycy	4
29. Pozaczaszkowy drenaż komorowy z założeniem zastawki	3	66. Wycięcie nieprawidłowo położonej tkanki tarczycy	3
30. Pozaczaszkowy drenaż mózgu	3	67. Wycięcie przewodu tarczowo-językowego	3
31. Przecięcie dróg mózgowych	4	68. Częściowe wycięcie tarczycy (płata)	3
32. Przecięcie dróg rdzenia kręgowego	4	69. Wycięcie tarczycy językowej	3
33. Przeszczep nerwu czaszkowego	5	70. Całkowite usunięcie przytarczyc	4
34. Przeszczep nerwu obwodowego	4	71. Częściowe usunięcie przytarczyc	2
35. Przeszczep opony twardej mózgu	4	72. Jednostronne usunięcie nadnercza	2
36. Rekonstrukcja nerwu czaszkowego	5	73. Operacja nieprawidłowo położonej tkanki nadnerczy	2
37. Rekonstrukcja nerwu obwodowego	2		

Nazwa Operacji	Poziom Operacji*
74. Obustronne usunięcie nadnerczy	4
75. Wycięcie zmiany nadnercza	2
76. Wycięcie grasicy	3
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)	4
81. Obustronne proste odjęcie piersi (obustronna mastektomia)	4
82. Jednostronne proste odjęcie piersi (jednostronna mastektomia)	3
83. Subtotalna mammektomia	3
84. Wycięcie kwadrantu piersi	2
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	2
92. Zespolenie dróg łzowych z jamą nosową	2
93. Złożona operacja na mięśniach okoruchowych	2
94. Repozycja mięśnia okoruchowego	2
95. Usunięcie mięśnia okoruchowego	3
96. Zabieg naprawczy odklejenia siatkówki z kłamrowaniem	2
97. Nacięcie tęczówki z wytworzeniem przetoki	2
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 (pourazowy)	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	3
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	2
132. Usunięcie zmiany ucha środkowego	2
133. Operacja trąbki Eustachiusza	2
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. Rozszerzenie 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	3
175. Usunięcie zmiany tkanki płucnej	2
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
184. Wyłonienie zatoki szczękowej	1

Nazwa Operacji	Poziom Operacji*
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 (lub migdałka)	1
203. Operacje naprawcze ślinianki lub przewodu ślinowego	1
204. Wycięcie ślinianki	1
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	3
232. Operacja plastyczna żołądka	2
233. Zaszycie wrzodu żołądka	2
234. Zaszycie rozerwanego żołądka	2
235. Pyloromyotomia	2
236. Operacja antyrefluksowa	2
237. Gastrostomia	1

Nazwa Operacji	Poziom Operacji*
238. Opanowanie krwotoku w żołądku lub dwunastnicy	2
239. Zaszycie wrzodu dwunastnicy	2
240. Zespolenie żołądkowo-dwunastnicze	3
241. Zespolenie żołądkowo-jelitowe	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	2
262. Wycięcie wyrostka robaczkowego	2
263. Wycięcie kątnicy	4
264. Wyłonienie kątnicy	3
265. Prawostronna hemikolektomia	4
266. Wycięcie poprzeczny	4
267. Lewostronna hemikolektomia	4
268. Wycięcie esicy	3
269. Wycięcie kilku odcinków jelita grubego	4
270. Wycięcie jednego odcinka jelita grubego	3
271. Operacja przetoki jelita grubego	3
272. Usunięcie zmiany esicy	1
273. Usunięcie zmiany okrężnicy	2
274. Operacja okrężnicy	3
275. Nacięcie okrężnicy	1
276. Wyłonienie poprzeczny	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	3
283. Zaszycie rozerwanej odbytnicy	2
284. Usunięcie zmiany odbytnicy	2
285. Ufiksowanie odbytnicy	3
286. Operacja naprawcza odbytu	3
287. Wycięcie odbytu	4
288. Wycięcie zmiany odbytu	2
289. Drenaż przez okolicę krocza	1
290. Wycięcie zatoki włosowej	1
291. Wycięcie hemoroidów	1
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	3

Nazwa Operacji	Poziom Operacji*
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	3
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	2
314. Zaszycie uszkodzonego przewodu żółciowego	3
315. Wycięcie pęcherzyka żółciowego	2
316. Usunięcie zmiany dróg żółciowych	2
317. Wprowadzenie protezy do przewodu żółciowego	1
318. Całkowite wycięcie śledziony	2
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	3
330. Zamknięcie ubytku przegrody międzyprzedsionkowej	3
331. Zamknięcie ubytku przegrody międzykomorowej	3
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 ścięgniastych serca	3
337. Plastyka przedsionka serca	5
338. Plastyka komory serca	5
339. Plastyka zastawki dwudzielnej	5
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

Nazwa Operacji	Poziom Operacji*
348. Otwarta walwulotomia	4
349. Zamknięta walwulotomia	4
350. Przeszkórną wymiana zastawki aortalnej	3
351. Przeszkórną wymiana zastawki mitralnej	3
352. Przeszkórne zamknięcie uszka przedsionka	2
353. Pomostowanie jednej tętnicy wieńcowej	3
354. Pomostowanie więcej, niż jednej tętnicy wieńcowej	4
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. Przeszkórną operacja tętnicy płucnej	2
361. Operacja układu bódźoprzewodzącego serca	2
362. Wszczepienie systemu wspomaganie serca	2
363. Wszczepienie systemu mechanicznego wspomaganie serca	4
364. Przeszkórną angioplastyka tętnicy wieńcowej	2
365. Wprowadzenie stałego rozrusznika serca przez żyły	1
J Operacje naczyń tętniczych 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	4
374. Usunięcie skrzepliny z aorty	3
375. Usunięcie skrzepliny z tętnicy mózgu	3
376. Operacja tętniaka tętnicy mózgu	3
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
387. Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy podobojczykowej	3
388. Rekonstrukcja tętnicy podobojczykowej	5
389. Wycięcie zmiany tętnicy podobojczykowej	5
390. Usunięcie skrzepliny z tętnicy kończyny górnej	5
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

Nazwa Operacji	Poziom Operacji*
396. Operacja tętniaka tętnicy nerkowej	3
397. Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy nerkowej	3
398. Rekonstrukcja tętnicy nerkowej	5
399. Wycięcie zmiany tętnicy nerkowej	5
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	5
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	1
411. Operacja tętniaka tętnicy udowej	5
412. Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy udowej	2
413. Rekonstrukcja tętnicy udowej	3
414. Wycięcie zmiany tętnicy udowej	5
415. Usunięcie skrzepliny z tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	5
416. Operacja tętniaka tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	2
417. Operacja naprawcza uszkodzenia tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	2
418. Rekonstrukcja tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	3
419. Wycięcie zmiany tętnicy kończyny dolnej innej, niż wymienione	5
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	2
427. Wycięcie żyłaków kończyny dolnej	2
428. Usunięcie skrzepliny z żyły	5
429. Pomostowanie aorty brzusznej lub/i tętnic brzusznych lub/i tętnic kończyn dolnych	3
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	3
434. Przeszczep nerki (jako biorca)	4
435. Operacja pobrania nerki od żywego dawcy	5
436. Częściowe wycięcie nerki	2
437. Wycięcie kielicha nerkowego	2
438. Usunięcie zmiany nerki	2
439. Ufiksowanie nerki ruchomej	2
440. Operacja przetoki nerkowej	2
441. Operacja naprawcza nerki	2

Nazwa Operacji	Poziom Operacji*
442. Nefrostomia	1
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	3
453. Operacja naprawcza moczowodu	3
454. Operacja przetoki moczowodu	2
455. Zespolenie moczowodu z drugim moczowodem	3
456. Wszczępienie moczowodu do jelita	3
457. Wszczępienie protezy moczowodu	3
458. Przewodowe usunięcie skrzepu z moczowodu	1
459. Przewodowe usunięcie ciała obcego z moczowodu	1
460. Przewodowe usunięcie kamienia z moczowodu	1
461. Wszczępienie elektronicznego stymulatora moczowodu	2
462. Wytworzenie przetoki skórno-jelitowo-moczowodowej	3
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	1
467. Operacja naprawcza ujścia pęcherza moczowego	2
468. Operacja plastyczna pęcherza moczowego i cewki moczowej	3
469. Wycięcie uchyłka pęcherza moczowego	2
470. Operacja przetoki pęcherzowej	2
471. Wszczępienie 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
476. Wytworzenie końcowej przetoki kałowej z wszczępieniem moczowodów	3
477. Operacja przetoki cewki moczowej	2
478. Korekcja zwężenia cewki moczowej	2
479. Wycięcie uchyłka cewki moczowej	2
480. Plastyka ujścia zewnętrznego cewki moczowej	2
481. Wszczępienie 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. Wszczępienie sztucznego zwieracza cewki moczowej	1
488. Operacja wierzchniactwa	1
489. Całkowite wycięcie stercza	3
490. Nacięcie i opróżnienie ropnia stercza	2

Nazwa Operacji	Poziom Operacji*
491. Usunięcie zmiany stercza	1
492. Częściowe wycięcie stercza	1
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. Wycięcie macicy	3
526. Całkowite obustronne wycięcie przydatków macicy	3
527. Całkowite jednostronne wycięcie przydatków macicy	2
528. Wycięcie szyjki macicy	1
529. Wycięcie zmiany szyjki macicy	1
530. Operacja więzadła szerokiego macicy	1
531. Operacja innego więzadła macicy	1
532. Usunięcie mięśniaków macicy	1
533. Usunięcie zrostów macicy	1
534. Wycięcie zmiany trzonu macicy	1
535. Zabieg naprawczy poporodowego rozdarcia macicy	2
536. Operacja zamknięcia przetoki macicy	2
537. Operacje aparatu zawieszającego macicę	1
538. Obustronne wycięcie jajników i jajowodów	3
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	1
544. Operacja przetoki pochwowej	2
545. Rekonstrukcja sklepienia pochwy	3
546. Plastyka sklepienia pochwy	1

Nazwa Operacji	Poziom Operacji*
547. Operacja łechtaczki	1
548. Operacja gruczołu Bartholina	1
549. Wycięcie zmiany sromu	1
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 z unerwieniem	2
557. Odległy przeszczep płata skórno-powięziowego	2
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. Miejskowy przeszczep płata skórno-mięśniowego	1
562. Miejskowy przeszczep płata skórno-powięziowego	2
563. Miejskowy 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	4
574. Wycięcie opłucnej po obu stronach klatki piersiowej	3
575. Wycięcie zmiany opłucnej	2
576. Zabieg naprawczy opłucnej	2
577. Drenaż odmy opłucnowej po obu stronach klatki piersiowej	2
578. Drenaż odmy opłucnowej po jednej stronie klatki piersiowej	1
579. Plastyka nawrotowej przepukliny pachwinowej	2
580. Plastyka nawrotowej przepukliny udowej	2
581. Plastyka nawrotowej przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	2
582. Plastyka nawrotowej przepukliny w kresie białej	2
583. Plastyka nawrotowej przepukliny pępkowej	2
584. Pierwotna plastyka przepukliny pachwinowej	1
585. Pierwotna plastyka przepukliny udowej	1
586. Pierwotna plastyka przepukliny pępkowej	1
587. Pierwotna plastyka przepukliny w bliźnie pooperacyjnej	1
588. Pierwotna plastyka przepukliny w kresie białej	1
589. Plastyka przepukliny ściany jamy brzusznej o innym umiejscowieniu	1
590. Plastyka przepukliny kulszowej	2
591. Plastyka przepukliny kulszowo odbytniczej	2

Nazwa Operacji	Poziom Operacji*
592. Plastyka przepukliny lędźwiowej	2
593. Plastyka przepukliny zasłonowej	2
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 torbieli galaretowatej pochewki ścięgna	1
608. Powtórne wycięcie torbieli 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	3
624. Uzupelnienie ubytku kości czaszki	3
625. Odgłobienie kości czaszki po urazie	3
626. Usunięcie zmiany kości czaszki	2
627. Rekonstrukcja jednej kości twarzoczaszki	3
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 zwłknięcia stawu skroniowo-żuchwowego	3
638. Operacja odbarczająca kręgosłup szyjny	4
639. Operacja odbarczająca kręgosłup piersiowy	4
640. Operacja odbarczająca kręgosłup lędźwiowy	4
641. Pierwotne usztywnienie (artrodeza) stawu kręgosłupa szyjnego	3
642. Korekcja deformacji kręgosłupa za pomocą wszczepianych urządzeń mechanicznych	5

Nazwa Operacji	Poziom Operacji*
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	2
658. Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu kolanowego	2
659. Wszczepienie częściowej endoprotezy stawów skokowych	2
660. Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu barkowego	2
661. Wszczepienie częściowej endoprotezy stawu łokciowego	2
662. Wszczepienie częściowej endoprotezy nadgarstka	2
663. Wszczepienie częściowej endoprotezy innego stawu, niż wymienione	2
664. Usztywnienie (artrodeza) stawu biodrowego	2
665. Usztywnienie (artrodeza) stawu kolanowego	2
666. Usztywnienie (artrodeza) stawu skokowego	2
667. Usztywnienie (artrodeza) stawów palucha	1
668. Usztywnienie (artrodeza) stawu barkowego	2
669. Usztywnienie (artrodeza) stawu łokciowego	2
670. Usztywnienie (artrodeza) stawów nadgarstka	2
671. Usztywnienie (artrodeza) stawów kciuka	2
672. Usztywnienie (artrodeza) innego stawu	1
673. Usunięcie zmiany kości	1
674. Kątowe okołostawowe rozdzielanie kości	1
675. Rozdzielenie trzonu kości	1
676. Rozdzielenie kości stopy	1
677. Drenaż kości	1
678. Pierwotne otwarte nastawienie przestawowego złamania kości	1
679. Wtórne otwarte nastawienie złamanej kości	2
680. Protezowanie ścięgna	2
681. Otwarta stabilizacja oddzielonej nasady kości	2
682. Przywrócenie ruchomości usztywnionego stawu	2
683. Pierwotne otwarte nastawienie urazowego zwłknięcia stawu	2
684. Wzmocnienie ścięgna protezą	2
685. Operacja stabilizująca więzadła stawu kolanowego	2

Nazwa Operacji	Poziom Operacji*
686. Wycięcie łopatki kolana	1
687. Operacja stabilizująca rzepekę stawu kolanowego	2
688. Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny górnej	1
689. Szycie torebki stawowej lub/i więzadeł kończyny dolnej	1
690. Operacja stabilizująca staw barkowy	2
691. Wycięcie kości ektopowej	1
692. Zamknięte nastawienie złamania kości ze stabilizacją wewnętrzną	1
693. Zamknięte nastawienie złamania kości z przezskórną stabilizacją zewnętrzną	1
694. Operacyjna stabilizacja oddzielonej nasady kości	1
695. Wtórne nastawienie urazowego zwichnięcia stawu metodą otwartą	1
696. Uwolnienie przykurczu stawu	1
697. Korekcja stopy końsko-szpotaowej	2
698. Wycięcie martwiaka kości	1
699. Całkowita rekonstrukcja kciuka	3
700. Całkowita rekonstrukcja przodostopia	3
701. Całkowita rekonstrukcja tyłostopia	3
702. Uwolnienie torebki stawowej	1
703. Uwolnienie stawu	1
704. Uwolnienie więzadła	1
705. Pierwotne otwarte nastawienie złamania kości ze stabilizacją	2
706. Zabieg naprawczy złego zrostu lub braku zrostu złamania kości	2
707. Artroplastyka nadgarstka lub śródręcza	1
708. Artroplastyka śródręczno-paliczkowa i międzypaliczkowa	1
709. Operacja palucha koślawego/operacja struktur okołostawowych palucha	1
710. Osteotomia	2
711. Wycięcie zmiany kości twarzoczaszki	1
712. Otwarte nastawienie złamania kości jarzmowej	2
713. Otwarte nastawienie kości twarzy	2
714. Przeszczep kostny kości twarzy	4
715. Osteotomia bez rozdzielenia (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
716. Osteotomia klinowa (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
717. Resekcja kości (z wyłączeniem stóp i rąk)	2
718. Otwarte nastawienie urazowego zwichnięcia stawu (nie obejmuje zwichnięcia protezy stawu biodrowego)	2
R OPERACJE PREWENCYJNE	
719. Prewencyjne usunięcie jajników i jajowodów ze wskazań medycznych	3
720. Prewencyjne całkowite usunięcie jelita grubego z wytworzeniem zbiornika jelitowego	4

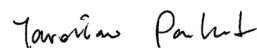
Nazwa Operacji	Poziom Operacji*
721. Prewencyjne całkowite usunięcie tarczycy z usunięciem węzłów chłonnych śródpiersia	4
722. Prewencyjna całkowita resekcja żołądka z odtworzeniem ciągłości przewodu pokarmowego	5
723. Prewencyjne całkowite wycięcie macicy z przydatkami	4
724. Prewencyjne całkowite wycięcie macicy	3
725. Prewencyjne obustronne radykalne odjęcie piersi (obustronna mastektomia)	5
S RÓŻNE	
726. Przeszczep twarzy	5
727. Replantacja kończyny górnej na poziomie ramienia	5
728. Replantacja kończyny górnej na poziomie przedramienia	4
729. Replantacja kończyny górnej na poziomie nadgarstka	4
730. Replantacja kciuka	3
731. Replantacja palca ręki innego, niż kciuk	3
732. Replantacja kończyny dolnej na poziomie uda	5
733. Replantacja kończyny dolnej na poziomie podudzia	4
734. Replantacja kończyny dolnej na poziomie stawów skokowych	4
735. Replantacja palucha stopy	2
736. Replantacja palca stopy innego, niż paluch	2
737. Wyluszczenie kończyny górnej w stawie barkowym	4
738. Amputacja kończyny górnej na poziomie ramienia	4
739. Amputacja kończyny górnej w stawie łokciowym	4
740. Amputacja kończyny górnej na poziomie przedramienia	4
741. Amputacja kończyny górnej w stawach nadgarstka	3
742. Amputacja kciuka w obrębie paliczka bliższego	2
743. Amputacja innych palców, niż kciuk w obrębie paliczka bliższego	1
744. Wyluszczenie kończyny dolnej w stawie biodrowym	4
745. Amputacja kończyny dolnej na wysokości uda	4
746. Amputacja kończyny dolnej w stawie kolanowym	4
747. Amputacja kończyny dolnej na poziomie podudzia	4
748. Amputacja kończyny dolnej na poziomie stawów skokowych	3
749. Amputacja palucha w obrębie paliczka bliższego	2
750. Amputacja palca innego niż paluch w obrębie paliczka bliższego	1

*skala Operacji od 1 (Operacji najłżejsze) do 5 (Operacji najcięższe).

Katalog operacji zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Katalog Powikłań operacji stanowiący załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia dotyczących:

- 1) operacji ubezpieczonego w wyniku choroby lub wypadku;
- 2) operacji małżonka albo partnera w wyniku choroby lub wypadku.

KATALOG POWIKŁAŃ OPERACJI			
Rodzaj Powikłania operacji	Poziom Powikłania*	Rodzaj Powikłania operacji	Poziom Powikłania*
1. ZNIECZULENIE OGÓLNE DO OPERACJI		6. OPERACJE W OBRĘBIE STRUKTUR SZYI	
a) niewybudzenie się po znieczuleniu (śpiączka) trwające co najmniej do 30 dni od operacji	4	a) porażenie nerwu kraniowego wstecznego po operacji tarczycy z objawami utrzymującymi się co najmniej przez 14 dni	2
b) konieczność wykonania tracheostomii po znieczuleniu na okres dłuższy, niż 30 dni	2	b) niedoczynność przytarczyc po operacji usunięcia tarczycy	2
c) utrata zęba (co najmniej części korony z odsłonięciem miazgi) w czasie intubacji do znieczulenia przed operacją	1	7. OPERACJE KARDIOCHIRURGICZNE ORAZ NA NACZYNIACH TĘTNICZYCH I ŻYLNICH	
2. WSZYSTKIE RODZAJE OPERACJI		a) tamponada serca po zabiegach na sercu i naczyniach wieńcowych	3
a) usunięcie pozostawionego bez medycznego uzasadnienia ciała obcego lub instrumentarium w polu operacyjnym	2	b) blok serca całkowity wymagający wszczęcia układu stymulującego serce na stałe	3
3. OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE DOTYCZĄCE GŁOWY I KRĘGOSŁUPA		c) wadliwe działanie zastawki serca po wszczęciu wymagające wymiany w czasie kolejnego zabiegu operacyjnego	3
a) ropień wewnątrzczaszkowy wymagający kolejnej operacji	3	d) martwica w obrębie kończyn dolnych po operacjach w zakresie aorty brzusznej, wymagająca w okresie do 14 dni co najmniej amputacji fragmentu kończyny podczas kolejnej operacji	2
b) krwawienie do jamy czaszki, wymagające ponownego otwarcia czaszki	3	e) zakrzep w protezie naczyniowej po operacji wszczęcia z koniecznością przeprowadzenia do 14 dni kolejnej operacji naprawczej	3
c) porażenie jednej kończyny górnej lub dolnej po operacji struktur kręgosłupa	3	f) uszkodzenie płuca w czasie operacji aorty piersiowej wymagające operacji naprawczej	3
d) porażenie co najmniej dwóch kończyn górnych i/lub dolnych po operacji struktur kręgosłupa	4	g) uszkodzenie jelita grubego z koniecznością wytonienia sztucznego odbytu w trakcie zabiegów w zakresie aorty brzusznej lub żyły głównej dolnej	3
4. OPERACJE OKULISTYCZNE		h) pełnościennne uszkodzenie jelita cienkiego w trakcie zabiegów w zakresie aorty brzusznej lub żyły głównej dolnej	1
a) zaćma wtórna	2	i) krwotok po operacji z zespolenia dużego naczynia lub z protezy naczyniowej wymagający operacji	3
b) krwotok do wnętrza gałki ocznej, skutkujący nieodwracalną ślepotą oka	4	j) pełnościennne uszkodzenie dwunastnicy podczas zabiegów na dużych naczyniach z koniecznością operacji	3
c) jaskra wtórna wymagająca leczenia operacyjnego	2	k) konieczność amputacji części kończyny górnej z powodu martwicy po zabiegach w zakresie tętnicy pachowej lub ramiennej	3
d) zapalenie wnętrza gałki ocznej wymagające kolejnej operacji	3	l) konieczność operacji usunięcia martwicy jelita po zabiegach naprawczych w zakresie pnia trzewnego	3
e) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych po operacjach oka lub oczodołu	3	8. OPERACJE TORAKOCHIRURGICZNE	
5. OPERACJE OTOLARYNGOLOGICZNE		a) uszkodzenie nerwu przeponowego po operacjach torakochirurgicznych	3
a) ropień ucha wewnętrznego lub środkowego, wymagający drenażu operacyjnego	2	b) krwawienie do jamy opłucnowej wymagające operacji	2
b) konieczność usunięcia wszczepionego uprzednio implantu ślimakowego z powodu infekcji po zabiegu	1		
c) uszkodzenie tętnicy szyjnej zewnętrznej wymagające podwiązania naczynia	2		
d) uszkodzenie przełyku w trakcie zabiegu otolaryngologicznego wymagające operacji naprawczej	4		
e) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych po zabiegu otolaryngologicznym	2		

Rodzaj Powikłania operacji	Poziom Powikłania*
c) uszkodzenie przelyku wymagające operacji naprawczej przelyku	3
d) utrzymujący się przeciek powietrza wymagający operacji	2
9. OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO I W ZAKRESIE INNYCH STRUKTUR JAMY BRZUSZNEJ	
a) krwotok do jamy otrzewnowej wymagający operacji	2
b) pełnościenne uszkodzenie pęcherza moczowego po operacjach w zakresie przewodu pokarmowego, wymagające operacji	2
c) uszkodzenie moczowodu, po operacjach struktur przewodu pokarmowego, wymagające operacji naprawczej	3
d) uszkodzenie dużych naczyń - aorty lub żyły głównej dolnej w trakcie operacji narządów miękkich jamy brzusznej, wymagające operacji naprawczej	3
e) nieplanowana konieczność wyłonienia sztucznego odbytu po planowej operacji jelita grubego	2
f) uszkodzenie śledziony wymagające jej usunięcia do którego doszło podczas operacji innych narządów przewodu pokarmowego	2
g) ewentracja (rozejście rany z wytrzewieniem) wymagająca operacji	1
h) uszkodzenie dróg żółciowych wymagające operacji naprawczej po operacji usunięcia pęcherzyka żółciowego	3
i) żółciowe zapalenie otrzewnej, po usunięciu pęcherzyka żółciowego (np. zsunięcie podwiązki z kikuta przewodu pęcherzykowego) z koniecznością kolejnej operacji	2
j) martwica jądra po operacji przepukliny pachwinowej	2
k) uszkodzenie jelita grubego, jelita cienkiego lub pęcherza moczowego po operacjach z powodu przepuklin brzusznych wymagające operacji	3
l) niedokrwienie kończyny dolnej po operacjach w zakresie narządów jamy brzusznej, wymagające zabiegu naprawczego tętnic kończyny lub amputacji części kończyny	3
m) nietrzymanie stolca po operacyjnym leczeniu żylaków odbytu	3
n) zwężenie kanału odbytu po operacyjnym leczeniu żylaków odbytu	2
o) uszkodzenie struktur układu pokarmowego w trakcie zabiegów laparoskopowych, wymagające otwarcia jamy brzusznej	1

Rodzaj Powikłania operacji	Poziom Powikłania*
10. OPERACJE UROLOGICZNE	
a) krwotok do jamy otrzewnej lub przestrzeni pozaotrzewnowej po zabiegach urologicznych, wymagający operacji	2
b) uszkodzenie dużych naczyń - aorty brzusznej lub żyły głównej dolnej w trakcie operacji nerek, moczowodów lub pęcherza moczowego, wymagające operacji naprawczej	3
c) uszkodzenie śledziony wymagające resekcji narządu podczas operacji nerek, pęcherza moczowego lub moczowodów	2
d) uszkodzenie jelita grubego po operacjach urologicznych, wymagające wyłonienia sztucznego odbytu	3
e) uszkodzenie innych, niż jelito grube struktur jamy brzusznej po zabiegach urologicznych, wymagające operacji	2
f) uszkodzenie struktur układu moczowego w trakcie leczenia metodami endoskopowymi wymagające konwersji zabiegu na metodę otwartą	1
g) ewentracja (rozejście rany z wytrzewieniem), wymagająca kolejnej operacji	1
11. OPERACJE GINEKOLOGICZNE	
a) uszkodzenie jelita grubego po zabiegach na macicy i przydatkach, wymagające wyłonienia sztucznego odbytu	3
b) uszkodzenie pełnościenne pęcherza moczowego po operacjach ginekologicznych, wymagające operacji naprawczej	2
c) uszkodzenie innych, niż jelito grube struktur jamy brzusznej po zabiegach ginekologicznych, wymagające operacji naprawczej	2
d) ewentracja (rozejście rany z wytrzewieniem) wymagająca kolejnej operacji	1
12. OPERACJE POŁOŻNICZE	
a) pęknięcie macicy w czasie porodu skutkujące zabiegiem operacyjnym usunięcia macicy	3
b) przebicie ściany macicy po porodzie siłami natury, wymagające operacji naprawczej	2
13. OPERACJE ORTOPEDYCZNE	
a) uszkodzenie nerwu pośrodkowego, promieniowego lub łokciowego po operacjach z powodu złamania kości długich ramienia i przedramienia	2
b) uszkodzenie nerwu kulszowego po operacjach z powodu złamania kości udowej	3

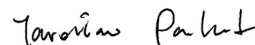
Rodzaj Powikłania operacji	Poziom Powikłania*
c) zropienie stawu po operacji wszczepienia implantu wymagające usunięcia implantu do 3 miesięcy od operacji	2

*skala Powikłań od 1 (Powikłania operacji najłżejsze) do 4 (Powikłania operacji najcięższe).

Katalog Powikłań operacji zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Katalog Powikłań operacji Dziecka stanowiący załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia dotyczących operacji dziecka w wyniku choroby lub wypadku

KATALOG POWIKŁAŃ OPERACJI DZIECKA			
Rodzaj Powikłania operacji	Poziom Powikłania*	Rodzaj Powikłania operacji	Poziom Powikłania*
1. ZNIECZULENIE OGÓLNE DO OPERACJI		7. OPERACJE TORAKOCHIRURGICZNE	
a) niewybudzenie się po znieczuleniu (śpiączka) trwające co najmniej do 30 dni od operacji	4	a) uszkodzenie nerwu przeponowego po operacjach torakochirurgicznych	3
b) konieczność wykonania tracheostomii po znieczuleniu na okres dłuższy, niż 30 dni	2	b) krwawienie do jamy opłucnowej wymagające operacji	2
2. WSZYSTKIE RODZAJE OPERACJI		c) uszkodzenie przełyku wymagające operacji naprawczej przełyku	3
a) usunięcie pozostawionego bez medycznego uzasadnienia ciała obcego lub instrumentarium w polu operacyjnym	2	d) utrzymujący się przeciek powietrza wymagający operacji	2
3. OPERACJE NEUROCHIRURGICZNE DOTYCZĄCE GŁOWY I KRĘGOSŁUPA		8. OPERACJE PRZEWODU POKARMOWEGO I W ZAKRESIE INNYCH STRUKTUR JAMY BRZUSZNEJ	
a) ropień wewnątrzczaszkowy wymagający kolejnej operacji	3	a) krwotok do jamy otrzewnowej wymagający operacji	2
b) krwawienie do jamy czaszki, wymagające ponownego otwarcia czaszki	3	b) pełnościenne uszkodzenie pęcherza moczowego po operacjach w zakresie przewodu pokarmowego, wymagające operacji	2
c) porażenie jednej kończyny górnej lub dolnej po operacji struktur kręgosłupa	3	c) uszkodzenie moczowodu, po operacjach struktur przewodu pokarmowego, wymagające operacji naprawczej	3
d) porażenie co najmniej dwóch kończyn górnych i/lub dolnych po operacji struktur kręgosłupa	4	d) uszkodzenie dużych naczyń - aorty lub żyły głównej dolnej w trakcie operacji narządów mięsaszowych jamy brzusznej, wymagające operacji naprawczej	3
4. OPERACJE OKULISTYCZNE		e) uszkodzenie śledziony wymagające jej usunięcia do którego doszło podczas operacji innych narządów przewodu pokarmowego	2
a) krwotok do wnętrza gałki ocznej, skutkujący nieodwracalną ślepotą oka	4	f) ewentracja (rozejście rany z wytrzewieniem) wymagająca operacji	1
b) zapalenie wnętrza gałki ocznej wymagające kolejnej operacji	3	g) martwica jądra po operacji przepukliny pachwinowej	2
c) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych po operacjach oka lub oczodołu	3	h) uszkodzenie jelita grubego, jelita cienkiego lub pęcherza moczowego po operacjach z powodu przepuklin brzusznych wymagające operacji	3
5. OPERACJE OTOLARYNGOLOGICZNE		i) uszkodzenie struktur układu pokarmowego w trakcie zabiegów laparoskopowych, wymagające otwarcia jamy brzusznej	1
a) ropień ucha wewnętrznego lub środkowego, wymagający drenażu operacyjnego	2	9. OPERACJE UROLOGICZNE	
b) konieczność usunięcia wszczepionego uprzednio implantu ślimakowego z powodu infekcji po zabiegu	1	a) krwotok do jamy otrzewnej lub przestrzeni pozaotrzewnowej po zabiegach urologicznych, wymagający operacji	2
c) uszkodzenie tętnicy szyjnej zewnętrznej wymagające podwiązania naczynia	2	b) uszkodzenie dużych naczyń - aorty brzusznej lub żyły głównej dolnej w trakcie operacji nerek, moczowodów lub pęcherza moczowego, wymagające operacji naprawczej	3
d) uszkodzenie przełyku w trakcie zabiegu otolaryngologicznego wymagające operacji naprawczej	4	c) uszkodzenie śledziony wymagające resekcji narządu podczas operacji nerek, pęcherza moczowego lub moczowodów	2
e) zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych po zabiegu otolaryngologicznym	2	d) uszkodzenie jelita grubego po operacjach urologicznych, wymagające wyłonienia sztucznego odbytu	3
6. OPERACJE KARDIOCHIRURGICZNE ORAZ NA NACZYNIACH TĘTNICZYCH I ŻYLNÝCH			
a) blok serca całkowity wymagający wszczepienia układu stymulującego serce na stałe	3		
b) uszkodzenie płuca w czasie operacji aorty piersiowej wymagające operacji naprawczej	3		
c) pełnościenne uszkodzenie jelita cienkiego w trakcie zabiegów w zakresie aorty brzusznej lub żyły głównej dolnej	1		
d) pełnościenne uszkodzenie dwunastnicy podczas zabiegów na dużych naczyniach z koniecznością operacji	3		

Rodzaj Powikłania operacji	Poziom Powikłania*
e) ewentracja (rozejście rany z wytrzewieniem), wymagająca kolejnej operacji	1
10. OPERACJE ORTOPEDYCZNE	
a) uszkodzenie nerwu pośrodkowego, promieniowego lub łokciowego po operacjach z powodu złamania kości długich ramienia i przedramienia	2

Rodzaj Powikłania operacji	Poziom Powikłania*
b) uszkodzenie nerwu kulszowego po operacjach z powodu złamania kości udowej	3

**skala Powikłań operacji od 1 (Powikłania operacji najłżejsze) do 4 (Powikłania operacji najcięższe).*

Katalog Powikłań operacji Dziecka zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Katalog Wad wrodzonych stanowiący załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia dotyczących:

- 1) urodzenia dziecka;
- 2) urodzenia dzieci w wyniku ciąży mnogiej;
- 3) urodzenia dziecka z wadą wrodzoną;
- 4) urodzenia wnuka.

KATALOG WAD WRODZONYCH	
Wada wrodzona	Wada wrodzona
1. bezmózgowie i podobne wady rozwojowe	45. inne wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych żeńskich
2. przepuklina mózgowa	46. niezstąpienie jąder
3. małogłowie	47. spodzietwo
4. wodogłowie wrodzone	48. inne wrodzone wady rozwojowe męskich narządów płciowych
5. inne wrodzone wady rozwojowe mózgu	49. płeć niezdeterminowana i obojnactwo rzekome
6. rozszczep kręgosłupa	50. niewytworzenie nerki i inne zaburzenia związane z niedorozwojem nerki
7. inne wrodzone wady rozwojowe rdzenia kręgowego	51. wielotorbielowatość nerek
8. inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego	52. wrodzone wady miedniczki nerkowej powodujące zastój moczu i wrodzone wady rozwojowe moczowodu
9. wrodzone wady rozwojowe powiek, aparatu łzowego i oczodołu	53. inne wrodzone wady rozwojowe nerek
10. bezocze, małoocze i wielkoocze	54. inne wrodzone wady rozwojowe układu moczowego
11. wrodzone wady rozwojowe soczewki	55. wrodzone zniekształcenie stawu biodrowego
12. wrodzone wady rozwojowe przedniego odcinka oka	56. wrodzone zniekształcenia stóp
13. wrodzone wady rozwojowe tylnego odcinka oka	57. wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne w zakresie czaszki, twarzy, kręgosłupa i klatki piersiowej
14. inne wrodzone wady rozwojowe oka	58. inne wrodzone zniekształcenia mięśniowo-kostne
15. wrodzone wady rozwojowe ucha powodujące upośledzenie słuchu	59. palce dodatkowe
16. inne wrodzone wady rozwojowe ucha	60. palce zrosnięte
17. inne wrodzone wady rozwojowe twarzy i szyi	61. wrodzone zniekształcenia zmniejszające kończyny górnej
18. wrodzone wady rozwojowe jam i połączeń sercowych	62. wrodzone zniekształcenia zmniejszające kończyny dolnej
19. wrodzone wady rozwojowe przegród serca	63. wrodzone zniekształcenie zmniejszające nieokreślonej kończyny
20. wrodzone wady rozwojowe zastawki pnia płucnego i zastawki trójdzielnej	64. inne wrodzone wady rozwojowe kończyn
21. wrodzone wady rozwojowe zastawki aorty i zastawki mitralnej	65. inne wrodzone wady rozwojowe kości czaszki i twarzy
22. inne wrodzone wady rozwojowe serca	66. wrodzone wady rozwojowe kręgosłupa i kości klatki piersiowej
23. wrodzone wady rozwojowe dużych tętnic	67. dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa
24. wrodzone wady rozwojowe dużych żył układowych	68. inne osteochondrodysplazje
25. inne wrodzone wady rozwojowe obwodowego układu naczyniowego	69. wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej
26. inne wrodzone wady rozwojowe układu krążenia	70. wrodzona rybia łuska
27. wrodzone wady rozwojowe nosa	71. pęcherzowe oddzielanie naskórka
28. wrodzone wady rozwojowe krtani	72. inne wrodzone wady rozwojowe skóry
29. wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli	73. wrodzone wady rozwojowe piersi
30. wrodzone wady rozwojowe płuc	74. inne wrodzone wady rozwojowe powłok ciała
31. inne wrodzone wady rozwojowe układu oddechowego	75. fakomatozy nie sklasyfikowane gdzie indziej
32. rozszczep podniebienia	76. zespoły wrodzonych wad rozwojowych spowodowane znanymi czynnikami zewnętrznymi, niesklasyfikowane gdzie indziej
33. rozszczep wargi	77. inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów
34. rozszczep podniebienia wraz z rozszczepem wargi	78. inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej
35. inne wrodzone wady rozwojowe języka, jamy ustnej i krtani	79. zespół Downa
36. wrodzone wady rozwojowe przełyku	80. zespół Edwardsa i zespół Patau
37. inne wrodzone wady rozwojowe górnego odcinka przewodu pokarmowego	81. inne trisomie i częściowe trisomie autosomów, niesklasyfikowane gdzie indziej
38. wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita cienkiego	82. monosomie i delecje autosomów niesklasyfikowane gdzie indziej
39. wrodzony brak, zarośnięcie lub zwężenie jelita grubego	
40. inne wrodzone wady rozwojowe jelit	
41. wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby	
42. inne wrodzone wady rozwojowe układu pokarmowego	
43. wrodzone wady rozwojowe jajników, jajowodów i więzadła szerokiego macicy	
44. wrodzone wady rozwojowe macicy i szyjki macicy	

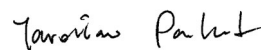
Wada wrodzona
83. zrównoważone przemieszczenie materiału genetycznego i znaczniki strukturalne, niesklasyfikowane gdzie indziej
84. zespół Turnera
85. inne aberracje chromosomów płciowych z fenotypem żeńskim, niesklasyfikowane gdzie indziej

Wada wrodzona
86. inne aberracje chromosomów płciowych z męskim fenotypem, niesklasyfikowane gdzie indziej
87. inne aberracje chromosomalne niesklasyfikowane gdzie indziej

Katalog Wad wrodzonych zatwierdziłmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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

Tabela stanów chorobowych uprawniających Ubezpieczonego do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej stanowiąca załącznik do Ogólnych warunków dodatkowego ubezpieczenia dotyczących Warty Opieki – Teleopieki kardiologicznej

TABELA STANÓW CHOROBYCH UPRAWNIAJĄCYCH UBEZPIECZONEGO DO SKORZYSTANIA Z TELEOPIEKI KARDIOLOGICZNEJ

Stan chorobowy uprawniający do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej	Stan chorobowy uprawniający do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej
1. Blok dwugałęziowy	43. Inne określone choroby naczyń płucnych
2. Blok lewej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa, nieokreślony	44. Inne określone choroby osierdza
3. Blok prawej odnogi	45. Inne określone zaburzenia przewodnictwa
4. Blok przedniej gałęzi lewej odnogi	46. Inne określone zaburzenia rytmu serca
5. Blok przedsionkowo-komorowy drugiego stopnia	47. Inne określone zespoły sercowo-płucne
6. Blok przedsionkowo-komorowy pierwszego stopnia	48. Inne ostre choroby reumatyczne serca
7. Blok przedsionkowo-komorowy zupełny	49. Inne ostre zapalenie mięśnia sercowego
8. Blok trójgałęziowy	50. Inne postacie dusznicy bolesnej
9. Blok tylnej gałęzi lewej odnogi	51. Inne postacie przewlekłej choroby niedokrwiennej serca
10. Choroba naczyń płucnych, nieokreślona	52. Inne wady reumatyczne zastawki tętnicy głównej
11. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek	53. Inne wady skojarzone wielu zastawek
12. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, bez niewydolności nerek	54. Inne wady zastawki trójdzielnej
13. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem nerek, z niewydolnością nerek	55. Inne zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego
14. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca bez (zastoinowej) niewydolności serca	56. Inne zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej
15. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek	57. Inny i nieokreślony blok gałęzi
16. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, nieokreślona	58. Inny określony blok serca
17. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, tak z (zastoinową) niewydolnością serca jak i niewydolnością nerek	59. Izolowane zapalenie mięśnia sercowego
18. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z (zastoinową) niewydolnością serca	60. Kardiomiopatia alkoholowa
19. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca i nerek, z niewydolnością nerek	61. Kardiomiopatia niedokrwienna
20. Choroba nadciśnieniowa z zajęciem serca, z (zastoinową) niewydolnością serca	62. Kardiomiopatia rozstrzeniowa
21. Choroba osierdza, nieokreślona	63. Kardiomiopatia w chorobach metabolicznych
22. Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy	64. Kardiomiopatia w chorobach z niedoborów pokarmowych
23. Choroba serca w przebiegu kifoskoliozy	65. Kardiomiopatia w chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej
24. Choroba serca w przebiegu miażdżycy	66. Kardiomiopatia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
25. Choroba wsierdza (eozynofilowa)	67. Kardiomiopatia wywołana przez leki i inne czynniki zewnętrzne
26. Choroby serca i naczyń krwionośnych, nieokreślone	68. Kardiomiopatia, nieokreślona
27. Ciche (nieme) niedokrwienie serca	69. Komorowe zaburzenia rytmu typu fali nawrotowej (re-entry)
28. Częstoskurcz komorowy	70. Krwiak osierdza niesklasyfikowany gdzie indziej
29. Częstoskurcz nadkomorowy	71. Migotanie i trzepotanie komór
30. Częstoskurcz napadowy, nieokreślony	72. Migotanie i trzepotanie przedsionków
31. Dusznica bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych	73. Niedomykalność zastawki dwudzielnej
32. Dusznica bolesna, nieokreślona	74. Niedomykalność zastawki pnia płucnego
33. Dusznica niestabilna	75. Niedomykalność zastawki tętnicy głównej
34. Infekcyjne zapalenie mięśnia sercowego	76. Niedomykalność zastawki trójdzielnej
35. Inne i nieokreślone bloki prawej odnogi pęczka przedsionkowo-komorowego Hisa	77. Nieokreślony blok wewnątrzkomorowy
36. Inne i nieokreślone bloki przedsionkowo-komorowe	78. Niereumatyczna niedomykalność zastawki trójdzielnej
37. Inne i nieokreślone przedwczesne depolaryzacje (pobudzenia)	79. Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej, nieokreślone
38. Inne kardiomiopatie	80. Niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej, nieokreślone
39. Inne kardiomiopatie przerostowe	81. Niereumatyczne zwężenie zastawki dwudzielnej
40. Inne kardiomiopatie zaciskające (restrykcyjne)	82. Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej
41. Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej	83. Niereumatyczne zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością
42. Inne niereumatyczne zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej	84. Niewydolność serca lewokomorowa
	85. Niewydolność serca zastoinowa
	86. Niewydolność serca, nieokreślona
	87. Ostre i podostre zakaźne zapalenie wsierdza
	88. Ostre nieokreślone samoistne zapalenie osierdza
	89. Ostre reumatyczne zapalenie mięśnia serca

Stan chorobowy uprawniający do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej
90. Ostre reumatyczne zapalenie wsierdzia
91. Ostre zapalenie mięśnia sercowego, nieokreślone
92. Ostre zapalenie osierdzia, nieokreślone
93. Ostre zapalenie wsierdzia, nieokreślone
94. Pęknięcie mięśnia brodawkowatego niesklasyfikowane gdzie indziej
95. Pęknięcie struny ścięgna niesklasyfikowane gdzie indziej
96. Pierwotne nadciśnienie płucne
97. Płyn w worku osierdziowym (niezapalny)
98. Powiększenie serca
99. Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) komór
100. Przedwczesna depolaryzacja (pobudzenie) z łączy przedsionkowo-komorowego
101. Przedwczesna depolaryzacja przedsionkowa
102. Przerostowa kardiomiopatia zawężająca
103. Przetoka tętniczo-żylna naczyń płucnych
104. Przewlekła choroba niedokrwienna serca, nieokreślona
105. Przewlekłe reumatyczne zapalenie osierdzia
106. Przewlekłe zaciskające zapalenie osierdzia
107. Przewlekłe zarostowe zapalenie osierdzia
108. Reumatyczna niedomykalność zastawki tętnicy głównej
109. Reumatyczne zapalenie mięśnia serca
110. Reumatyczne zwężenie lewego ujścia tętniczego z niedomykalnością zastawek
111. Samoistne (pierwotne) nadciśnienie
112. Skojarzone wady zastawek dwudzielnej, trójdzielnej i tętnicy głównej
113. Stary (przebyty) zawał serca
114. Tętniak naczyń wieńcowych
115. Tętniak serca
116. Tętniak tętnicy płucnej
117. Ubytek przegrody serca, nabyty
118. Wady zastawek dwudzielnej i tętnicy głównej
119. Wady zastawek dwudzielnej i trójdzielnej
120. Wady zastawek tętnicy głównej i trójdzielnej
121. Wypadanie płatka(-ów) zastawki dwudzielnej
122. Zaburzenia funkcji wielu zastawek w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
123. Zaburzenia funkcji zastawki dwudzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
124. Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej

Stan chorobowy uprawniający do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej
125. Zaburzenia funkcji zastawki pnia płucnego, nieokreślone
126. Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
127. Zaburzenia funkcji zastawki tętnicy głównej, nieokreślone
128. Zaburzenia funkcji zastawki trójdzielnej w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
129. Zaburzenia rytmu serca, nieokreślone
130. Zaburzenie przewodnictwa, nieokreślone
131. Zakrzep (skrzepina) wewnątrzsercowy niesklasyfikowany gdzie indziej
132. Zapalenie mięśnia serca, nieokreślone
133. Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej
134. Zapalenie mięśnia sercowego w chorobach wirusowych sklasyfikowanych gdzie indziej
135. Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
136. Zapalenie mięśnia sercowego w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej
137. Zapalenie osierdzia w chorobach bakteryjnych sklasyfikowanych gdzie indziej
138. Zapalenie osierdzia w innych chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
139. Zapalenie osierdzia w innych chorobach zakaźnych i pasożytniczych sklasyfikowanych gdzie indziej
140. Zapalenie wsierdzia, zastawki, nieokreślone
141. Zapalenie wsierdzia, zastawki, nieokreślone, w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej
142. Zator płucny bez wzmianki o ostrym sercu płucnym
143. Zator płucny ze wzmianką o ostrym sercu płucnym
144. Zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją
145. Zespół chorej zatoki
146. Zespół preekscytacji
147. Zespół sercowo-płucny, nieokreślony
148. Zwężenie zastawki pnia płucnego
149. Zwężenie zastawki pnia płucnego z niedomykalnością
150. Zwężenie zastawki tętnicy głównej
151. Zwężenie zastawki tętnicy głównej z niedomykalnością
152. Zwężenie zastawki trójdzielnej
153. Zwężenie zastawki trójdzielnej z niedomykalnością
154. Zwłóknienie sprężyste wsierdzia (fibroelastoza wsierdzia)
155. Zwrodnienie mięśnia serca

Tabelę stanów chorobowych uprawniających Ubezpieczonego do skorzystania z Teleopieki kardiologicznej zatwierdziliśmy uchwałą nr 112/2026 Zarządu TUnŻ „WARTA” S.A. z dnia 29 kwietnia 2026 r. i ma zastosowanie do Umów ubezpieczenia zawieranych od 19 lipca 2026 r.



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



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